

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU**

DIPLOMSKA NALOGA

ELENA STUPAN

Izola, 2017

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU

**PRIMERJAVA ZDRAVSTVENE OSKRBE
PACIENTOV S KRONIČNO OBSTRUKTIVNO
PLJUČNO BOLEZNIJO V SPLOŠNI IN
REFERENČNI AMBULANTI**

**COMPARISON OF QUALITY OF HEALTH CARE OF PATIENTS
WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN
GENERAL PRACTICE AND IN MODEL PRACTICE**

Študentka: ELENA STUPAN

Mentorica: ESTER BENKO, mag. zdr. neg., pred.

Somentorica: KATARINA MERŠE LOVRINČEVIĆ, mag. zdr. neg., asist.

Študijski program: študijski program 1. stopnje Zdravstvena nega

Izola, 2017

IZJAVA O AVTORSTVU

Podpisana Elena Stupan izjavljam, da je:

- predložena diplomska naloga izključno rezultat mojega dela;
- sem poskrbela, da so dela in mnenja drugih avtorjev, ki jih uporabljam v predloženi nalogi, navedena oziroma citirana v skladu s pravili UP Fakultete za vede o zdravju;
- se zavedam, da je plagiatorstvo po Zakonu o avtorskih in sorodnih pravicah UL št. 16/2007 (ZASP) kaznivo.

KLJUČNE INFORMACIJE O DELU

Naslov	Primerjava zdravstvene oskrbe pacientov s kronično obstruktivno pljučno boleznijo v splošni in referenčni ambulanti
Tip dela	diplomska naloga
Avtor	STUPAN, Elena
Sekundarni avtorji	BENKO, Ester (mentorica) / MERŠE LOVRINČEVIĆ, Katarina (somentorica) / PERŠOLJA, Melita (recenzentka)
Institucija	Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju
Naslov inst.	Polje 42, 6310 Izola
Leto	2017
Strani	VI, 41 str., 8 pregl., 14 sl., 2. pril., 33 vir
Ključne besede	splošna ambulanta, referenčna ambulanta, kronična obstruktivna pljučna bolezen, medicinska sestra
UDK	616.24
Jezik besedila	slv
Jezik povzetkov	slv/eng
Izvleček	Število pacientov s kroničnimi boleznimi, kot je kronična obstruktivna pljučna bolezen, konstantno narašča. Ko je bolezen potrjena, je potrebna poleg zdravljenja tudi ustrezna stopnja informiranosti pacienta. Pri tem imajo pomembno vlogo medicinska sestra v referenčni ambulanti, ki omogoča načrtovano oskrbo pacientov ter razporeditev obremenitve zdravnikov v splošnih ambulantah. Namen diplomske naloge je na osnovi pregleda literature predstaviti kronično obstruktivno pljučno bolezen in delovanje referenčnih ambulant. Cilj diplomske naloge je ugotoviti, ali so razlike v zadovoljstvu pacientov s kronično obstruktivno pljučno boleznijo z zdravstveno oskrbo v splošni ambulanti in v referenčni ambulanti. V empiričnem delu smo s pomočjo kvantitativne raziskave ugotovili, da so pacienti zadovoljni z obravnavo, predvsem se višje zadovoljstvo kaže pri referenčnih ambulantah, kar pomeni, da je projekt uvedbe referenčnih ambulant uspešen ter izpolnjuje zadano poslanstvo, vizijo in cilje.

KEY WORDS DOCUMENTATION

Title	Comparision of quality of health care of patients with chronic obstructive pulmonary disease in general and in model practice
Type	Diploma work
Author	STUPAN, Elena
Secondary authors	BENKO, Ester (supervisor) / MERŠE LOVRINČEVIĆ, Katarina (coadvisor) / PERŠOLJA, Melita (reviewer)
Institution	University of Primorska, Faculty of Health Sciences
Address	Polje 42, 6310 Izola
Year	2017
Pages	VI, 41 p., 8 tab., 14 fig., 2. ann., 33 ref.
Keywords	general practice, model practice, chronical obstructive pulmonary disease, nurse
UDC	616.24
Language	slv
Abstract language	slv/eng
Abstract	The number of patients with chronic diseases, chronic obstructive pulmonary disease for example, is constantly increasing. When the disease is confirmed, it requires proper provision of information about the patient. At this point, the diploma graduate nurse working in model practice plays an important role in the planned care of patients, and in support of overloaded physicians in general practice. The present paper deals with an important field of health care, quality of care and treatment of patients in model practices. The purpose of this diploma paper is to present the chronic obstructive pulmonary disease and how the model practices operates, according to a review of the literature. Our aim is to discover whether there are differences in satisfaction of the chronic obstructive pulmonary disease patients with their healthcare in model practice compared to general practice. The empirical part is based on quantitative research analysis which shows a greater satisfaction in model practice. This suggests a successful project implementation which has fulfilled its mission, vision and goals.

KAZALO VSEBINE

KLJUČNE INFORMACIJE O DELU	I
KEY WORDS DOCUMENTATION.....	II
KAZALO VSEBINE	III
KAZALO SLIK	IV
KAZALO PREGLEDNIC	V
SEZNAM KRATIC	VI
1 UVOD.....	1
1.1 Kronična obstruktivna pljučna bolezen.....	2
1.1.1 Definicija kronične obstruktivne pljučne bolezni	2
1.1.2 Značilnosti in simptomi kronične obstruktivne pljučne bolezni.....	2
1.1.3 Diagnostika kronične obstruktivne pljučne bolezni.....	3
1.1.4 Zdravljenje kronične obstruktivne pljučne bolezni	4
1.1.5 Epidemiologija kronične obstruktivne pljučne bolezni	4
1.2 Ambulanta družinske medicine.....	4
1.3 Referenčna ambulanta družinske medicine.....	5
1.3.1 Vloga diplomirane medicinske sestre v referenčni ambulanti.....	6
1.3.2 Prednosti in slabosti referenčnih ambulant.....	7
1.4 Kakovost v zdravstvu	8
1.4.1 Upravljanje kakovosti	10
1.4.2 Kakovost zdravstvene oskrbe	10
1.4.3 Kazalci kakovosti.....	10
1.4.4 Kakovost zdravstvene oskrbe v referenčni ambulanti	11
2 NAMEN, CILJI IN RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	13
3 METODE DELA IN MATERIALI.....	14
3.1 Vzorec	14
3.2 Raziskovalni instrument.....	14
3.3 Potek raziskave in obdelava podatkov	14
4 REZULTATI	16
4.1 Življenjski stil.....	16
4.2 Obvladovanje bolezni.....	17
4.3 Oskrba pacienta v splošni in referenčni ambulanti	18
4.4 Prehranjevalne navade anketirancev	19
4.5 Telesna aktivnost anketirancev	24
5 RAZPRAVA.....	27
6 ZAKLJUČEK	29
7 VIRI.....	30
POVZETEK.....	33
SUMMARY.....	34
ZAHVALA	35
PRILOGE.....	36

KAZALO SLIK

Slika 1: Postopek diagnosticiranja kronične obstruktivne pljučne bolezni.....	3
Slika 2: Delitev dela med zdravnikom in diplomirano medicinsko sestro v referenčni ambulanti	7
Slika 3: Medsebojno sodelovanje vseh oseb v zdravstvu	9
Slika 4: Kajenje	16
Slika 5: Zadovoljstvo pacientov z obravnavo v splošni in referenčni ambulanti.....	19
Slika 6: Število obrokov na dan	20
Slika 7: Število uživanja zajtrkov na teden	20
Slika 8: Število zelenjavnih obrokov na dan	21
Slika 9: Število sadnih obrokov na dan	22
Slika 10: Vrste maščob pri pripravi hrane.....	22
Slika 11: Pecivo in sladice na teden	23
Slika 12: Uživanje brezalkoholnih aromatiziranih gaziranih in negaziranih pijač	23

KAZALO PREGLEDNIC

Preglednica 1: Kazalniki kakovosti v referenčni ambulanti.....	12
Preglednica 2: Obvladovanje bolezni v splošni ambulanti.....	17
Preglednica 3: Obvladovanje bolezni v referenčni ambulanti	18
Preglednica 4: Pogostost uživanja alkoholnih pijač	24
Preglednica 5: Telesna aktivnost – pogostost	24
Preglednica 6: Gibanje pri domačih opravilih	25
Preglednica 7: Gibanje na delovnem mestu.....	25
Preglednica 8: Gibanje na poti na delovno mesto.....	26

SEZNAM KRATIC

ERS	European respiratory society, Evropsko združenje pulmologov
KOPB	kronična obstruktivna pljučna bolezen
KT	krvni tlak
MZRS	Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije
NIJZ	Nacionalni inštitut za javno zdravje
OECD	Organisation for economic, co-operation and development, Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj
RA	referenčna ambulanta
SA	splošna ambulanta
WHO	World health organization, Svetovna zdravstvena organizacija
ZZZS	Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

1 UVOD

Svetovna zdravstvena organizacija ter številne mednarodne deklaracije opozarjajo, da osnovna zdravstvena dejavnost predstavlja temelj vseh kakovostnih sistemov zdravstvenega varstva v svetu (Poplas Susič in Marušič, 2011). Število pacientov s kroničnimi boleznimi, kot so kronična obstruktivna pljučna bolezen (v nadaljevanju KOPB), arterijska hipertenzija, sladkorna bolezen, dislipidemija, astma in osteoporoza (Petek Šter, 2012), konstantno narašča tako po svetu kot v Sloveniji, podaljšuje se delovna doba in povečuje se delež starejše populacije.

Pacienti so vedno bolj osveščeni in seznanjeni s svojimi pravicami ter pričakujejo učinkovito in pravično zdravstveno oskrbo, kar zahteva spremembe v organizaciji osnovne zdravstvene dejavnosti (Starfield, 2009; Brook, 2011). Slovenija spada po podatkih OECD (Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj) med države, ki imajo najmanjše število zdravnikov na 1000 prebivalcev, tj. 2,5 zdravnika, kar je veliko pod evropskim povprečjem (NIJZ, 2014a). Spremembe v zdravstveni dejavnosti se kažejo predvsem na primarnem nivoju, kjer se določene pristojnosti zdravnika prenesejo na druge visoko usposobljene zdravstvene delavce (Carter in sod., 2009; Skela Savič in Kydd, 2011; Hegney in sod., 2013). Pri tem imajo pomembno vlogo referenčne ambulate. Referenčna ambulanta je ambulanta družinske medicine z razširjenim timom, ki poleg zdravnika in srednje medicinske sestre, ki ohranja svojo vlogo, vključuje še ustrezno usposobljeno diplomirano medicinsko sestro (Petek Šter in Šter, 2015), s ključno vlogo pri zdravstveno-vzgojnem delu. Dosedanje izkušnje kažejo, da pacienti cenijo številne koristne informacije, ki jih dobijo pri diplomirani medicinski sestri in so navdušeni nad časom, ki jim ga posveti (Poplas Susič in sod., 2013). Posledično se povečuje kakovost zdravstvene oskrbe, kar je eden izmed poglavitnih dejavnikov za pacientovo zadovoljstvo.

Zaradi premajhne ozaveščenosti kadičev o bolezni KOPB ter počasnega razvoja bolezni se večina pacientov s KOPB odkrije pozno. Za postavitve diagnoze je treba opraviti diagnostični test, spirometrijo. Ko je bolezen potrjena, je potrebna poleg zdravljenja tudi ustrezna stopnja informiranosti pacienta. Medicinska sestra ima pomembno vlogo pri obravnavi pacienta, tako na primarnem, sekundarnem in terciarnem nivoju zdravstvene dejavnosti. Predvsem je pomembna njena izobraževalna vloga: spodbuda pri opustitvi kajenja, učenje kako živeti z boleznijo, pravilna uporaba predpisanih zdravil ter drugo (Bratkovič, 2011).

V diplomski nalogi bomo predstavili KOPB, organiziranost in namen referenčnih ambulant, obravnavali bomo kakovost oskrbe v referenčni ambulanti ter v empiričnem delu na podlagi raziskave primerjali obravnavo pacienta s KOPB v splošni in referenčni ambulanti.

1.1 Kronična obstruktivna pljučna bolezen

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) ter Evropsko združenje pulmologov (ERS) opozarjata, da je bil pomen KOPB predolgo zapostavljen, prav tako se premalo opozarja na preventivo te bolezni, ki lahko vodi v prezgodnjo smrt. Bolezen se razvije predvsem pri tistih, ki so dolgotrajno izpostavljeni cigaretnemu dimu, prahu, kemikalijam in drugim škodljivim dejavnikom. Prizadevati si moramo za zmanjšanje obsega kajenja, ki je vodilni vzrok za nastanek te bolezni in izboljšanje kakovosti zraka v bivalnih okoljih ter na prostem (Mušič, 2010).

1.1.1 Definicija KOPB

Glavni vzrok za nastanek KOPB je kajenje cigaret. Vendar ne zbolijo vsi kadilci, ampak le 15–20 %. Ni znano, zakaj večina kadilcev ne zboli za KOPB, zbolijo le tisti, ki se pretirano odzivajo na škodljive učinke cigaretnega dima (Sandford in sod., 1997).

Pri večini kadilcev, ki ne prenehajo s kajenjem, se z leti prekomerno zmanjšuje pretok zraka v pljučih. Upad pljučne funkcije, ki se meri s spirometrijo, je različno hiter. Bolezen poteka v zagonih in stopnja upadanja pljučne funkcije se lahko tudi zmanjša, če pacient preneha z izpostavljenostjo škodljivim dejavnikom in skrbi za dobro psihofizično kondicijo (Debeljak, 2003).

KOPB je bolezen, za katero je značilen slab pretok zraka v pljučih. Posledično prihaja do kroničnega vnetnega odgovora (kronični bronhitis), kar pelje v razgradnjo pljučnih membran in vezivnih vlaken (emfizem), ki držijo odprte male dihalne poti. Pacient ima v različnem razmerju tako kronično vnetje kot emfizem. V preteklosti so delili paciente v bronhitično in emfizično skupino, vendar se ta delitev ne uporablja več, ker ni podprta s funkcionalnimi ter patološkimi značilnostmi (Debeljak, 2003).

1.1.2 Značilnosti in simptomi KOPB

Debeljak (2003) navaja simptome, ki spremljajo KOPB, kot so kronični kašelj ali izkašljevanje, dispneja, piskanje in tiščanje v prsih. Kašelj je prvi simptom, ki je večinoma prisoten preko celega dneva in traja tri mesece ali več, dve leti zaporedoma. Značilno je, da kašelj spremljajo majhne količine izpljunkov, pravimo mu produktivni kašelj, vendar je lahko tudi suh. Težje dihanje ali dispneja se na začetku pojavlja ob naporih in obremenitvah ter je po navadi razlog, da pacient poišče pomoč zdravnika. Piskanje in tiščanje v prsih nista tipična simptoma, pojavljata se pri težki stopnji KOPB. Med vdihom in izdihom je s stetoskopom možno slišati tudi piskanje. Z napredovanjem bolezni se simptomi poslabšujejo.

Učinki KOPB imajo vpliv na celotno telo. Prihaja do upada mišične moči, osteoporoze, hujšanja, motenj prehranjevanja in prebave, ateroskleroze, koronarnih bolezni, diabetesa in depresije. Napredujoča bolezen je tudi vzrok za pogostejše infekcije v dihalih, kar

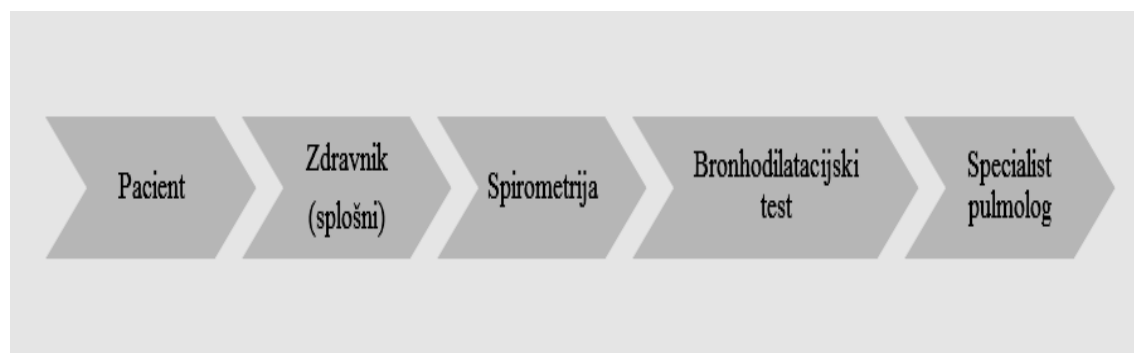
privede do tega, da se pacient vedno bolj izogiba aktivnostim in delu, ker ga ne zmore. Postopoma je vse bolj odvisen od drugih, izogiba se socialnih stikov ter je vse pogosteje hospitaliziran (Mušič, 2010).

1.1.3 Diagnostika KOPB

Večino pacientov s KOPB odkrijejo v pozni fazi bolezni, ko večina potrebuje že trajno zdravljenje s kisikom. Zelo pogosto prihaja do tega, da kadilci že imajo KOPB, a se tega ne zavedajo, zato je treba vsakega kadilca vprašati o morebitnih simptomih (kašelj, izkašljevanje ali dispneja ob naporu) (Šuškovič, 2003).

Diagnozo KOPB postavi zdravnik na podlagi podatkov o izpostavljenosti dejavnikom tveganja, družinski anamnezi, simptomih, telesnemu pregledu in preiskavi pljučne funkcije (Debeljak, 2003).

Če zdravnik sumi, da ima pacient KOPB, najprej preveri dejavnike tveganje, ki so dolgoletno kajenje (nad 10 let), delo v okolju hude izpostavljenosti prahu in kemikalijam ter starost nad 40 let. Na Sliki 1 je prikazan postopek diagnosticiranja, kjer zdravnik družinske medicine izvede ali napoti na spirometrijo dolgoletne kadilce, posebej tiste z znaki kroničnega bronhitisa in/ali dispneje ob naporu. Spirometrijo je v Sloveniji možno opraviti v vseh zdravstvenih domovih v okviru dispanzerjev medicine dela, v pulmoloških ambulantah, po novem tudi v referenčnih ambulantah. Če pri spirometriji zaznajo obstrukcijo, vedno opravijo tudi bronhodilatacijski test. To je spirometrija, ki jo ponovimo 15 minut po treh ali štirih vdihih bronhodilatornega zdravila. V primeru, da se obstrukcija bistveno ne spremeni po bronhodilatacijskem testu, je potrebna napotitev na specialistično raven. Družinski zdravnik postavi utemeljen sum na obolenje KOPB, ki ga podkrepi z ostalimi preiskavami (meritev saturacije kisika v krvi, elektrokardiogram, laboratorijske preiskave, radiogram prsnega koša, funkcijska ocena) in napoti pacienta na potrditev diagnoze k specialistu pulmologu (Škrgat Kristan, 2009).



Slika 1: Postopek diagnosticiranja KOPB (Škrgat Kristan, 2009)

1.1.4 Zdravljenje KOPB

Temeljni cilj zdravljenja je upočasniti razvoj bolezni, lajšati simptome, izboljšati splošno zdravstveno stanje, preprečiti in zdraviti zaplete ter zmanjšati umrljivost tovrstnih pacientov. Prvi ukrep je prenehanje kajenja, izogibanje drugim dejavnikom tveganja in cepljenje proti gripi (Debeljak, 2003).

Zdravljenje z zdravili je usmerjeno predvsem v zmanjšanje bronhialne obstrukcije in posledično v olajšanje oviranega dihanja, predvsem s pomočjo bronhodilatatorjev ali sintetičnega zdravila (nadomestek zdravila teofilin), ki je zaviralec encima fosfodiesteraze. Oboji so indicirani in dobro nadzorovani. Pri akutnih poslabšanjih KOPB pa se pod zdravniškim nadzorom uporabljajo inhalacijski in sistemski glukokortikoidi. Pri najtežji stopnji KOPB je dodatna terapija trajno inhaliranje kisika (Košnik, 2011).

Pri zdravljenju oziroma blažitvi simptomov je poleg zdravil prav tako pomembno, da se nameni več pozornosti ustrezni prehrani in telesni aktivnosti, pri čemer ima velik vpliv družinsko okolje. S strani zdravstvenega osebja morajo biti pacienti dobro poučeni o sami bolezni, njenem poteku in o pravilni uporabi zdravil glede na stopnjo bolezni, še posebej pri uvedbi novega zdravila (Mušič, 2010).

Do nedavnega je veljalo, da je KOPB brezupna bolezen, kjer malo možnosti za izboljšanje zdravja pacienta. S pravočasnim odkrivanjem, pravilnim zdravljenjem, zdravstveno vzgojo in respiratorno rehabilitacijo se lahko doseže vidno izboljšanje pacientovega zdravstvenega stanja (Šuškovič, 2003).

1.1.5 Epidemiologija KOPB

Po zadnjih podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ, 2017) je v Sloveniji leta 2015 bilo hospitaliziranih 2237 pacientov s KOPB, leta 2014 in 2013 pa približno 2120. Po navadi so to dolgotrajne hospitalizacije, ki potekajo na oddelkih za intenzivno zdravljenje. Zaradi bolezni dihal v Sloveniji letno umre od 1100 do 1300 pacientov, kar je približno toliko, kot jih umre zaradi nezgod (NIJZ, 2017). To je resen podatek, glede na to, da je KOPB bolezen, ki jo je mogoče preprečiti. Šuškovič (2003) je mnenja, da so politični ukrepi za preprečevanje kajenja in ozaveščanja o KOPB relativno skromni v primerjavi s preprečevanjem prometnih nesreč s smrtnim izidom.

1.2 Ambulanta družinske medicine

Osnovna pravica pacienta in najpomembnejša vrednota v življenju ljudi je zdravje. V današnjem času so v velikem porastu kronične nenalezljive bolezni, ki so velik javnozdravstveni problem. Oboleli s kroničnimi boleznimi večinoma potrebujejo vseživljenjsko zdravstveno oskrbo (Pečelin in Sočan, 2016), zato število obiskov v osnovni zdravstveni dejavnosti narašča. Zavedati se moramo pomena primarne

zdravstvene dejavnosti, ki je težišče delovanja vseh zdravstvenih sistemov. Ustrezna zdravstvena oskrba in rešitev za obvladovanje porasta stroškov zdravstva je usmeritev v primarno zdravstveno varstvo (WHO, 2000). Sem spada tudi ambulanta družinske medicine.

Ker je obremenitev zdravnikov družinske medicine vse večja, peša predvsem preventivna dejavnost, stroko pa obremenjujejo nepotrebne administrativne storitve. Velika preobremenjenost ambulant družinske medicine je eden od razlogov za neakovostno obravnavo pacientov. Trenutno stanje razpoložljivosti zdravnikov v Sloveniji prav tako ne more zadostiti kadrovskim potrebam primarnega zdravstvenega varstva, je pa možno zaradi razpoložljivosti tim okrepiti z diplomirano medicinsko sestro. Z zaposlovanjem tovrstnega kadra, ki ga doslej primarno zdravstvo ni imelo, se obremenjenost zdravnikov prerazporedi. S tem se posredno krepi primarno zdravstvo in zdravstvena dejavnost kot taka nasploh (Poplas Susič in Marušič, 2011).

1.3 Referenčna ambulanta družinske medicine

Področje družinske medicine je v svojem razvoju doseglo raven, ko je potrebna nujna nadgradnja, da ostane temeljni nosilec zdravstvenega varstva. Prenos dela s sekundarnega na primarni nivo, večanje števila kroničnih pacientov zaradi demografskih sprememb, preveliko število opredeljenih pacientov na zdravnika, večja izobrazbenost in zahtevnost pacientov, hiter razvoj medicinskih smernic in priporočil je samo nekaj dejavnikov, ki zahtevajo spremembe na primarnem nivoju zdravstvenega varstva. Ena od rešitev za razbremenitev družinskega zdravnika je bila kadrovska okrepitev tima družinske ambulante z diplomirano medicinsko sestro, ki bi prevzela določene segmente dela in s tem dvignila kakovost dela, zlasti na področju preventive in vodenja kroničnih pacientov (Poplas Susič in sod., 2013).

Referenčna ambulanta (v nadaljevanju RA) je naziv za obstoječo ambulanto družinske medicine z razširjenim timom zdravstvenega osebja: poleg zdravnika in medicinske sestre, paciente spremlja tudi diplomirana medicinska sestra. Ta prevzema spremljanje parametrov določenih kroničnih bolezni in opravlja preventivne aktivnosti. Zdravniki, ki so se odločili za tovrstne ambulante in so bili po določenih kriterijih tudi izbrani, že imajo svoje opredeljene paciente in so ti avtomatično vključeni v referenčno ambulanto. Prvih 107 referenčnih ambulant je v Sloveniji začelo delovati aprila 2011, danes jih je že približno 600. Želja Ministrstva za zdravje (v nadaljevanju MZRS) je, da bi imele vse ambulante družinske medicine tudi referenčno ambulanto (MZRS, 2015).

V projektu Ministrstva za zdravje (povzeto po Poplas Susič in sod., 2013) so zapisani naslednji cilji referenčnih ambulant:

- Omogočiti kakovostno obravnavo vseh pacientov na primarni ravni do stopnje, ko je nujna napotitev na sekundarni nivo, z ustrezno kadrovsko, vsebinsko in finančno strukturo.

- Povečati kakovost in stroškovno učinkovitost obravnave pacientov.
- Povečati zadovoljstvo pacientov in zaposlenih na primarnem nivoju zdravstvenega varstva.

1.3.1 Vloga diplomirane medicinske sestre v referenčni ambulanti

Diplomirane medicinske sestre so drugje po svetu prevzele vodilno vlogo v primarnem zdravstvu na področju preventive, kar zajema zdravstveno vzgojo, promocijo zdravja, zgodnje odkrivanje bolezni in pomoč pri reševanju zdravstvenih težav ter nadaljnjem ukrepanju. Medicinske sestre v Veliki Britaniji opravljajo preventivne preglede in presejalne teste, spremljajo zdravstveno stanje ter vodijo paciente s kroničnimi boleznimi že od leta 1990 (Dubois in Singh, 2009).

Tudi ostale razvite države si prizadevajo dodeliti aktivno vlogo diplomirani medicinski sestri na primarnem nivoju zdravstva, saj se po ugotovitvah raziskave, ki jo je opravila Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj (OECD), izboljšuje dostop do zdravstvenih storitev in zmanjšujejo čakalne dobe. V raziskavi »Nurses in advanced roles – a descriptions and evaluation of experiences in 12 developed countries« (Delamair in Lafortune, 2010), v kateri je sodelovalo 12 razvitih držav, so ugotovili razloge za razvoj novih vlog medicinske sestre. Vodilni razlog je izboljšanje dostopnosti zdravstvene oskrbe, sledi izboljšanje kakovosti zdravstvene oskrbe, še posebej za kronične paciente in nazadnje tudi omejevanje stroškov ter izboljšanje kariernih izidov za medicinske sestre (Delamair in Lafortune, 2010).

Po mnenju Poplas Susič in sodelavcev (2013) je medicinska sestra po končani fakulteti v celoti pristojna za suvereno sodelovanje pri delu tima, vendar priporočajo, naj opravi še dodatne izobraževalne module, da teoretično znanje nadgradi s praktičnim. Izobraževalni moduli, ki jih organizira Ministrstvo za zdravje oziroma projektna pisarna referenčnih ambulant, so sestavljeni iz teoretičnega in praktičnega dela, na koncu poteka evalvacija in podelitev potrdil o opravljenem izobraževanju (Poplas Susič in sod., 2013).

Diplomirana medicinska sestra ima v referenčni ambulanti ključno vlogo pri zdravstveno-vzgojnem delu. Razumevanje te vloge in dosedanje izkušnje v referenčnih ambulantah so Pečelin in Sočan (2016) preverili v raziskavi, v kateri je sodelovalo 88 diplomiranih medicinskih sester iz 18 zdravstvenih domov po Sloveniji. Raziskava je pokazala, da diplomirana medicinska sestra potrebuje izkušnje in podiplomska znanja za delo v referenčni ambulanti. Potrebni so razvoj, nadgradnja znanja in vlaganje v raziskovalno delo, predvsem pa spodbujanje podiplomskega izobraževanja.

Med zdravnikom in diplomirano medicinsko sestro v referenčni ambulanti prihaja do delitve dela v skladu s pristojnostmi obeh. Diplomirana medicinska sestra prevzame vodenje parametrov stabilne kronične bolezni in celotno preventivno dejavnost ter na ta

način izboljša učinkovitost dela. Novo odkriti kronični pacienti ali tisti s poslabšanjem ter seveda vsi ostali z akutno boleznijo ostanejo v domeni zdravnika (Poplas Susič in sod., 2013), kar je tudi prikazano na Sliki 2.

Področje dela	DMS	Zdravnik
Zdravljenje (predpisovanje zdravil, diagnostika, napotitve)		✓
Preventivno presejanje in edukacija	✓	
Spremljanje parametrov urejenosti kronične bolezni	✓	
Kronični bolnik v poslabšanju		✓
Akutna bolezen		✓

Slika 2: Delitev dela med zdravnikom in diplomirano medicinsko sestro v referenčni ambulanti (Poplas Susič in sod., 2013, str. 639)

1.3.2 Prednosti in slabosti referenčnih ambulant

Že od vsega začetka uvedbe modela referenčnih ambulant leta 2011 se je pokazal velik interes za njihovo uvedbo. Razvoj modela RA pomeni nadgradnjo dela ambulant družinske medicine v vsebinskem in organizacijskem smislu ter prinaša drugačno obravnavo pacientov. V nadaljevanju so prikazane določene prednosti in pomanjkljivosti, ki so se pokazale z uvedbo RA (Poplas Susič in sod., 2013):

- Izboljšana obravnava pacientov na podlagi dobre organizacije dela v ambulanti družinske medicine, proaktivnosti ter timskega pristopa.
- Navdušenost pacientov nad pristopom in časom, ki jim ga posveti diplomirana medicinska sestra.
- Prerazporeditev obremenitve zdravnika zaradi nove članice tima. Diplomirana medicinska sestra je prevzela dodatne vsebine dela, ki so se izvajale pred njenim prihodom.
- Večja vloga diplomirane medicinske sestre:
 - postanejo suverene nosilke preventivne dejavnosti, predvsem z dodatnim izobraževanjem,
 - postanejo svetovalke, edukatorice in povezovalke v timu.

- Boljši zdravstveni izid kronične bolezni za posameznega pacienta.
- Urejeni registri za izbrane kronične bolezni, ki omogočajo preglednost nad obolevnostjo opredeljenih pacientov glede na posamezno kronično bolezen in omogočajo dejavni pristop k zdravljenju.
- Poenoten obseg laboratorijskih preiskav na primarni ravni in pogostost njihovega izvajanja.

Pojavljajo se tudi določene pomanjkljivosti, ki pa jih ni mogoče predvideti vnaprej. Največ vprašanj je (Poplas Susič in sod., 2013):

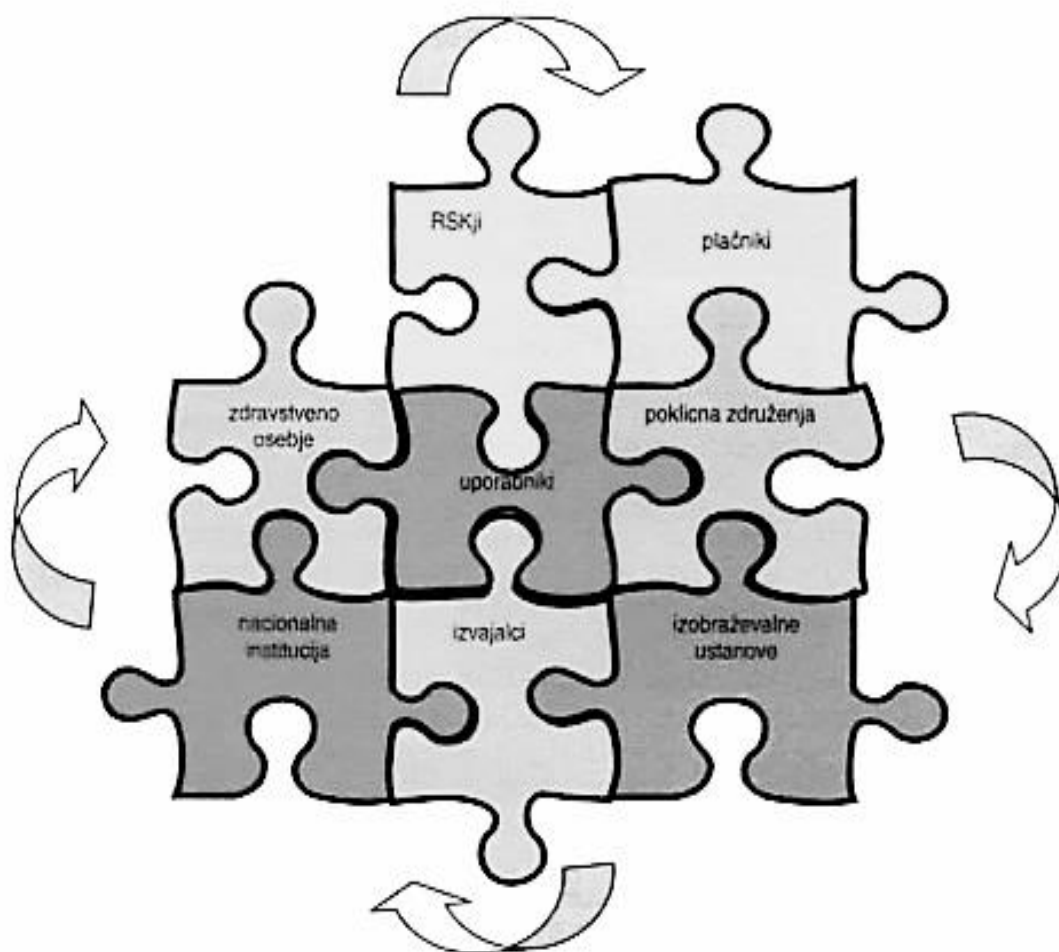
- organizacijske narave (kako vabiti udeležence, kje se prekrivata vlogi zdravstvenega tehnika in medicinske sestre),
- vsebinske narave (postavljanje diagnoze kroničnih bolezni, beleženje storitev, naročanje laboratorijskih preiskav) in
- finančne narave (kaj je plačano).

1.4 Kakovost v zdravstvu

Kakovost v zdravstvu je širok pojem, ki ga je izrazito težko definirati. Vse definicije so usmerjene v rezultate dela, ki so namenjeni uporabnikom za izpolnjevanje in dopolnjevanje njihovih potreb, pričakovanj ter zahtev (Lubi, 2009).

Za razvoj kakovosti v zdravstveni negi kot iztočnica služita dve definiciji. Prva je Donabedianova iz leta 1968 (povzeto po Hajdinjak in Meglič, 2001), ki pravi, da je kakovost skladnost med dejansko zdravstveno nego in predpisanimi kriteriji. Druga definicija, ki jo navaja Williamson iz leta 1978, pa opredeljuje kakovost kot stopnjo doseženih uspehov v zdravstveni negi, ki jih dosežemo z odgovorno uporabo vseh razpoložljivih sredstev in aktivnosti. Za zagotavljanje kakovosti znotraj zdravstvenih ustanov so odgovorni izvajalci zdravstvene nege, ki zdravstveno nego samostojno načrtujejo in izvajajo (Hajdinjak in Meglič, 2001).

Bolj široko opredeljujeta kakovost v zdravstvu Robida (2009) in MZRS (2006), ki menita, da je kakovost zdravstvene oskrbe pacientov nenehno prizadevanje vsakogar, to je: zdravstvenih delavcev, pacientov in svojcev, raziskovalcev, plačnikov, načrtovalcev in izobraževalcev (Slika 3), z namenom narediti spremembe, ki privedejo k boljšim zdravstvenim izidom za paciente, večje uspešnosti delovanja sistema ter boljšega razvoja strokovnjakov.



Slika 3: Medsebojno sodelovanje vseh oseb v zdravstvu (MZRS, 2006, str. 14)

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije (MZRS, 2006) je v Nacionalnih usmeritvah za razvoj kakovosti v zdravstvu kakovost definiralo z naslednjimi kriteriji:

- **Uspešnost:** ali naši posegi izboljšajo zdravstveno stanje pacienta?
- **Varnost:** ali bomo škodili pacientu?
- **Pravočasnost:** koliko časa mora pacient čakati?
- **Učinkovitost:** ali lahko to storimo ceneje z enakim izidom?
- **Enakost:** ali prihaja do razlik na podlagi spola, starosti, socialnega statusa ...?
- **Osredotočenje na pacienta:** ali zdravimo paciente tako, kot bi zdravili lastne starše ali otroke?

Kakovost predstavlja torej celoten sistem uveljavljanja ciljev zdravstvene nege, ki so v končni instanci usmerjeni v korist pacienta (Lubi, 2009).

1.4.1 Upravljanje kakovosti

Upravljanje kakovosti poteka na več ravneh oziroma področjih (Robida, 2008):

- S sistematičnim opisovanjem, merjenjem in vrednotenjem ter po potrebi izvajanjem ukrepov za izboljševanje kakovosti, se lahko **zagotavlja kakovost**.
- **Kakovost se ugotavlja** s primerjavo osnovnega stanja procesa ali sistema in merjenja po načelu prej/nato.
- **Nenehno izboljševanje kakovosti** se izvaja z ukrepi, ki se uvedejo po celotni organizaciji za izboljševanje uspešnosti in učinkovitosti aktivnosti ter procesov, da se organizaciji in njenim odjemalcem zagotovijo dodatne koristi.
- **Celovito upravljanje kakovosti** se zagotavlja z načinom vodenja organizacije, z osredotočenjem na kakovost in s sodelovanjem vseh članov zdravstvene ustanove.

1.4.2 Kakovost zdravstvene oskrbe

Zdravstvena oskrba je storitvena dejavnost, sestavljena iz številnih ukrepov, posegov in postopkov, v katero stopata pacient in izvajalec zdravstvene oskrbe (zdravstvena ustanova in zaposleni v njih), da bi izpostavljeno težavo pacienta pripeljala k najboljšemu možnemu izidu. Pravica vsakega pacienta in vsake skupnosti je kakovostna zdravstvena oskrba, ne glede na omejena sredstva, ki jih družba namenja za zdravstveno varstvo (Kersnik, 2010).

Uradni list Republike Slovenije v Zakonu o pacientovih pravicah (ZpacP, 2008) v 11. členu določa, da je *»kakovostna zdravstvena oskrba tista, ki dosledno dosega izide zdravljenja, ki so primerljivi s standardi ali najboljšimi praksami, ob upoštevanju temeljnih načel kakovosti, kot so uspešnost, varnost, pravočasnost, kontinuiteta, učinkovitost, enakopravnost in osredotočenje na pacienta.«*

Tomšič in sod. (2015) menijo, da kakovost storitev ne sme biti prepuščena naključju, temveč mora biti rezultat skrbnega načrtovanja, skladne izvedbe, stalnega nadzora in izvajanja ukrepov, s katerimi se odpravljajo napake ali celo preprečuje njihov nastanek, ali kot meni Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije (2006) je kakovost storitev del profesionalne odgovornosti ter mora biti sestavni del vsakodnevnega dela.

1.4.3 Kazalci kakovosti

Kersnik (2010) navaja, da je kazalec kakovosti merljivi del zdravstvene oskrbe, za katerega velja splošno soglasje, da odraža kakovost pogojev in postopka oskrbe ter se zato lahko uporabi za oceno kakovosti. Kazalec kakovosti mora biti pomemben za izid oskrbe, opredeljiv ali merljiv in ga je z izboljševanjem kakovosti možno spreminjati.

Eden od kazalcev kakovosti je tudi zadovoljstvo pacienta, ki je definirano kot izraženo uporabnikovo dožemanje lastne izkušnje z zdravstveno oskrbo. V času zdravstvene oskrbe se pacient srečuje s pogoji (dostopnost in videz prostorov, oprema v ambulanti) in postopki oskrbe (prijaznost, pozornost, povezanost, sporazumevanje, naklonjenost, strokovna usposobljenost). Na zadovoljstvo pacienta pa vplivajo tudi njegove lastnosti in pričakovanja. Izvajalci zdravstvenih storitev so kot del pritožnega sistema dolžni preverjati mnenja uporabnikov zdravstvenih storitev, saj služijo kot osnova za izboljševanje kakovosti (Kersnik, 1999).

1.4.4 Kakovost zdravstvene oskrbe v referenčni ambulanti

Razvoj modela referenčnih ambulant je zahteven projekt, vendar je po mnenju Poplas Susič in Marušič (2011) zaradi jasne vizije in podpore Ministrstva za zdravje ter sodelovanja drugih institucij (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Zdravniška zbornica Slovenije, Zbornica zdravstvene in babiške nege, Združenje zdravnikov družinske medicine pri Slovenskem zdravniškem društvu in drugih strokovnih teles) postavljen na trdne temelje. Razvoj osnovnega zdravstvenega varstva terja dolgoročne spremembe in referenčne ambulate to vsekakor zagotavljajo, kar pomeni, da je zagotovljen osnovni pogoj, ki dolgoročno vpliva na krepitev kazalcev zdravja v Sloveniji.

Poplas Susič in Marušič (2011) opozarjata, da je Projektni svet pred uvedbo referenčnih ambulant sprejel kazalnike kakovosti za delo diplomirane medicinske sestre v referenčni ambulanti na področju:

- spremljanja kakovosti kliničnega dela,
- spremljanja kakovosti preventivnega dela in
- spremljanja kakovosti organizacije.

Za vsako izbrano skupino kroničnih pacientov se vzpostavlja register, za kar je treba imeti ustrezno informacijsko podporo. Registri se vsako leto dopolnjujejo z dodatnimi kroničnimi boleznimi in prispevajo k boljši preglednosti obolevnosti opredeljenih pacientov glede na posamezno kronično bolezen. Tako omogočajo dejaven pristop k zdravljenju bolezni in načrtovanju obravnave pacienta (zdravstveno-vzgojni in terapevtski postopki). V Preglednici 1 so prikazani kazalniki kakovosti, ki so bili definirani glede na kronične bolezni in preventivno presejanje ter so odraz dela tima v referenčni ambulanti družinske medicine. Enkrat letno je potrebno tudi spremljanje zadovoljstva timov referenčnih ambulant in pacientov z validiranimi vprašalniki o zadovoljstvu (Poplas Susič in Marušič, 2011).

Preglednica 1: Kazalniki kakovosti v RA (Poplas Susič in Marušič, 2011, str. 14–15)

<i>Kazalniki pogojev</i>
Splošni kazalniki
1. Ocena odličnosti organizacije
2. Seznam (zbirnik) kroničnih bolezni in stanj pri posameznem pacientu
Seznami določenih stanj/registri
3. Kadilski status
4. Sladkorna bolezen
5. Astma
6. KOPB
7. Pivski status
<i>Kazalniki postopkov in vmesnih izidov</i>
Preventivna dejavnost – splošna – na celotni populaciji ambulate
8. Vsaj enkrat letno izmerjen krvni tlak pri vseh obiskovalcih.
9. 20 % predvidene populacije pregledane za dejavnike tveganja za srčno-žilne bolezni.
10. Delež zaščitenih proti tetanusu pri vseh obiskovalcih.
Vodenje kroničnih bolezni/stanj (sladkorna bolezen, zvišan krvni tlak, astma, KOPB – splošno)
11. Vsaj enkrat letno izmerjen krvni tlak.
12. Vsaj enkrat letno preverjen kadilski status (pri kadilcih in bivših kadilcih).
13. Vsaj enkrat letno izmerjen indeks telesne mase (ITM).
14. Vsaj enkrat letno izobraževanje (oz. preverjanje) pacienta glede zdravega življenjskega sloga.
15. Vsaj enkrat letno preverjen pivski status.
Pacient s hipertenzijo
16. Povprečje meritev krvnega tlaka (KT) v standardnih pogojih v tekočem letu < 140/90 mmHg (meritve v ambulanti ali s preverjenim aparatom doma).
Sladkorna bolezen
17. Vsaj enkrat letno določen glikiran hemoglobin (HbA1c).
18. Vsaj enkrat letno laboratorijski pregled v skladu s protokolom (lipidogram, serumski kreatinin, proteinurija/albuminurija).
19. Vsaj enkrat letno opravljen pregled stopal.
20. Povprečje meritev krvnega tlaka (KT) v standardnih pogojih v tekočem letu < 130/80 mmHg (meritve v ambulanti ali s preverjenim aparatom doma).
21. Vrednost glikiranega hemoglobina (HbA1c) 6,5 % ali manj (odstotek pacientov).
Pacient z astmo
22. Vsaj enkrat letno ocena urejenosti astme z vprašalnikom.
23. Vsaj enkrat letno vprašamo o stranskih učinkih zdravil (hripavost ob inhalacijskih glukokortikoidih).
Pacienti s KOPB
24. Enkrat letno spirometrija.
25. Enkrat letno narejen šestminutni test hoje.
26. Vsaj enkrat letno vprašamo o stranskih učinkih zdravil (hripavost ob inhalacijskih glukokortikoidih).
27. Cepljenje proti gripi.

Spremljanje, doseganje in poročanje o kazalnikih kakovosti so temelj nadzora dela v RA in tudi pogoj za plačevanje storitev s strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZZS). Prvi nadzori s strani ZZZS so pokazali uspešno izvajanje protokolov, ustrezno vodenje preventivnih pregledov in pravilno beleženje storitev. Tudi odziv uporabnikov referenčnih ambulant je zelo dober. Pacienti cenijo, da lahko dobijo številne koristne informacije pri diplomirani medicinski sestri, ki jih obravnava v skladu s svojimi kompetencami in so navdušeni nad časom, ki jim ga posveti (Poplas Susič in sod., 2013).

2 NAMEN, CILJI IN RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Namen diplomske naloge je na osnovi pregleda literature predstaviti kronično obstruktivno pljučno bolezen in organiziranost ter delovanje referenčnih ambulant. V empiričnem delu naloge bomo na osnovi raziskave predstavili zadovoljstvo pacientov s KOPB z zdravstveno oskrbo v ambulantni družinske medicine in v referenčni ambulanti.

Cilji diplomske naloge so:

- Ugotoviti, ali obstajajo razlike v zadovoljstvu pacientov s KOPB z zdravstveno oskrbo v splošni ambulanti in v referenčni ambulanti.
- Na podlagi rezultatov podati predloge za izboljšavo.

Na podlagi tega smo si zastavili naslednji raziskovalni vprašanja:

- Kakšna je razlika v obravnavi pacienta s KOPB v splošni ambulanti in v referenčni ambulanti?
- Ali so pacienti s KOPB bolj zadovoljni z zdravstveno oskrbo v referenčni ambulanti kot z zdravstveno oskrbo v splošni ambulanti?

3 METODE DELA IN MATERIALI

Teoretični del naloge temelji na deskriptivni metodi dela s pregledom domače in tuje literature. V empiričnem delu diplomske naloge smo izvedli neeksperimentalno raziskavo, podatki so bili pridobljeni s pomočjo tehnike anketiranja.

3.1 Vzorec

Ciljno populacijo so predstavljali pacienti s področja južne Primorske, ki so imeli diagnosticirano KOPB. Ključni vključitveni kriterij je, da je bil pacient obravnavan v referenčni ambulanti. V raziskavo smo vključili paciente šestih referenčnih ambulant, ki so hkrati tudi opredeljeni pacienti dvanajstih ambulant družinske medicine iz Kopra, Izole in Lucije. Pacienti so bili v času raziskave obravnavani v referenčni ambulanti. Uporabili smo namensko vzorčenje.

V raziskavi je sodelovalo 30 anketirancev, med katerimi je bilo 18 moških (60 %) in 12 žensk (40 %). Največ anketirancev ($n = 14$) je bilo v starostni skupini nad 61 let, sledijo anketiranci ($n = 13$) iz starostne skupine od 41 do 60 let, najmanj anketirancev ($n = 3$) je bilo starih od 21 do 40 let. Po izobrazbi je bilo deset anketirancev, ki so imeli končano poklicno šolo, sledi devet anketirancev s končano srednješolsko izobrazbo, šest anketirancev ima višješolsko/visokošolsko izobrazbo, štirje anketiranci imajo (ne)dokončano osnovnošolsko izobrazbo in en anketiranec ima univerzitetno izobrazbo.

3.2 Raziskovalni instrument

Zbiranje podatkov je potekalo s pomočjo vprašalnika, ki je bil izdelan za namen raziskave na osnovi pregleda literature. Vprašalnik je vseboval vprašanja odprtega in zaprtega tipa.

Razdeljen je bil na sedem sklopov, prvi trije sklopi so se nanašali na demografske podatke – o tem, koliko let imajo diagnosticirano KOPB in o življenjskem stilu. Četrty in peti sklop sta bila sestavljena iz 15 trditev, na katere so anketiranci odgovarjali na petstopenjski Likertovi lestvici stališč, pri čemer 1 pomeni – se popolnoma ne strinjam in 5 – se popolnoma strinjam. Četrty sklop se je nanašal na vprašanje obvladovanja bolezni, peti pa na oceno zadovoljstva z obravnavo v splošni in referenčni ambulanti. V šestem in sedmem sklopu so anketiranci odgovarjali na vprašanja zaprtega tipa, in sicer o prehrani in telesni aktivnosti.

3.3 Potek raziskave in obdelava podatkov

Za izvedbo anketiranja smo predhodno pridobili soglasje vseh treh zdravstvenih domov. Najprej smo po pošti poslali pomočniku direktorja za zdravstveno nego prošnjo za izvedbo raziskave in vzorec vprašalnika. Po odobritvi izvedbe raziskave smo se dogovorili za datum začetka anketiranja in poslali še ostale vprašalnike referenčnim

ambulantam. Anketiranje je potekalo od marca do aprila 2016. Pacienti so vprašalnike osebno izpolnili in jih oddali v posebej prirejen zbiralnik, s čimer jim je bila zagotovljena anonimnost. Podatke iz vprašalnikov smo vnesli in analizirali v prirejenem statističnem računalniškem programu, ki je dostopen na spletni strani <https://www.1ka.si> in jih predstavili v grafični obliki.

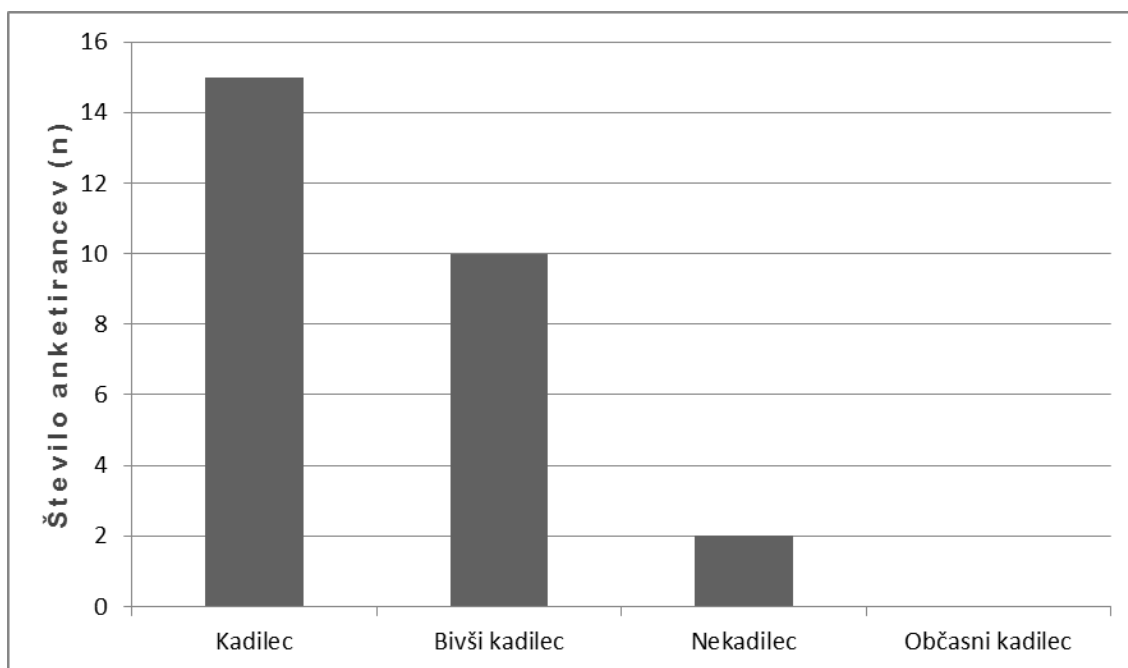
4 REZULTATI

Rezultate predstavljamo po posameznih vsebinskih sklopih: življenjski stil (kajenje), obvladovanje bolezni, zadovoljstvo z oskrbo v splošni in referenčni ambulanti, prehranjevanje in telesna aktivnost.

Pacientom, vključenim v raziskavo, smo zastavili vprašanje, koliko časa imajo diagnosticirano KOPB. Rezultati so pokazali, da imajo anketiranci KOPB diagnosticirano povprečno pet let in pol, največ 17 let in najmanj 1 leto.

4.1 Življenjski stil

Sklop vprašanj o življenjskem stilu se je nanašal predvsem na kajenje, ki je pomemben dejavnik tveganja za nastanek in napredovanje KOPB. Ugotovili smo, da 15 anketirancev še vedno kadi, deset anketirancev je prenehalo kaditi in dva anketiranca sta nekadilca, kar je prikazano na Sliki 4. Na vprašanja niso odgovorili trije anketiranci.



Slika 4: Kajenje

Izvedeli smo tudi, da anketiranci, ki so aktivni kadilci ($n = 15$), kadijo povprečno 35 let, in sicer 25 cigaret na dan. Bivši kadilci ($n = 10$) so kadili povprečno 20 let in pokadili povprečno 20 cigaret na dan.

4.2 Obvladovanje bolezni

Stopnja strinjanja z zadovoljstvom edukacije lahko posledično pripomore k boljšemu obvladovanju bolezni, zato smo anketirance prosili, da ocenijo stopnjo strinjanja z naslednjimi trditvami, in sicer v splošni in nato v referenčni ambulanti. Anketiranci so pri vsaki trditvi obkrožili številko, ki najbolj ustreza stopnji strinjanja (1 – popolnoma se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – se ne strinjam niti strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam).

V povprečju se anketiranci strinjajo s trditvijo, da so jih v splošni ambulanti dobro poučili o naravi svoje bolezni ($\bar{x} = 3,4$), nižja stopnja strinjanja se kaže v naslednjih dveh trditvah, ki zadevata obrazložitev postopka uporabe inhalacijskega zdravila ($\bar{x} = 2,6$) ter ponovno preverjanje pravilnega načina uporabe zdravila ($\bar{x} = 2,5$). Rezultati so predstavljeni v Preglednici 2, iz katerih je razvidno, da trije anketiranci niso odgovorili na zastavljena vprašanja.

Preglednica 2: Obvladovanje bolezni v SA

Trditve	Popolnoma se ne strinjam	Se ne strinjam	Se ne strinjam niti strinjam	Se strinjam	Popolnoma se strinjam	N	\bar{x}	SO
V ambulanti mi je medicinska sestra natančno pojasnila postopek inhalacije zdravila (v obliki pršila ali prahu) in ga tudi praktično prikazala.	10	3	6	4	4	27	2.6	1.5
Pri vsaki nadaljnji obravnavi je medicinska sestra v ambulanti natančno preverila, ali obvladam pravilen način jemanja inhalacijskega zdravila.	11	2	7	4	3	27	2.5	1.5
Menim, da so me v ambulanti dobro poučili o naravi svoje bolezni.	3	2	10	6	6	27	3.4	1.2

Legenda: N – število odgovorov, \bar{x} – povprečje, SO – standardni odklon

Enaka vprašanja smo anketirancem zastavili glede stališč o oskrbi v referenčni ambulanti, na katera je odgovorilo 26 anketirancev. V povprečju se anketiranci najbolj strinjajo s trditvijo, da so jih v RA dobro poučili o naravi svoje bolezni, ter trditvijo, ki zadeva obrazložitev postopka uporabe inhalacijskega zdravila ($\bar{x} = 4,7$). Visoka stopnja strinjanja oz. povprečje se kaže tudi pri trditvi, da medicinske sestre pri nadaljnjih obravnavah preverijo pravilni način uporabe zdravila ($\bar{x} = 4,5$). Štirje anketiranci niso odgovarjali na vprašanja. Rezultati so prikazani v Preglednici 3.

Preglednica 3: Obvladovanje bolezni v RA

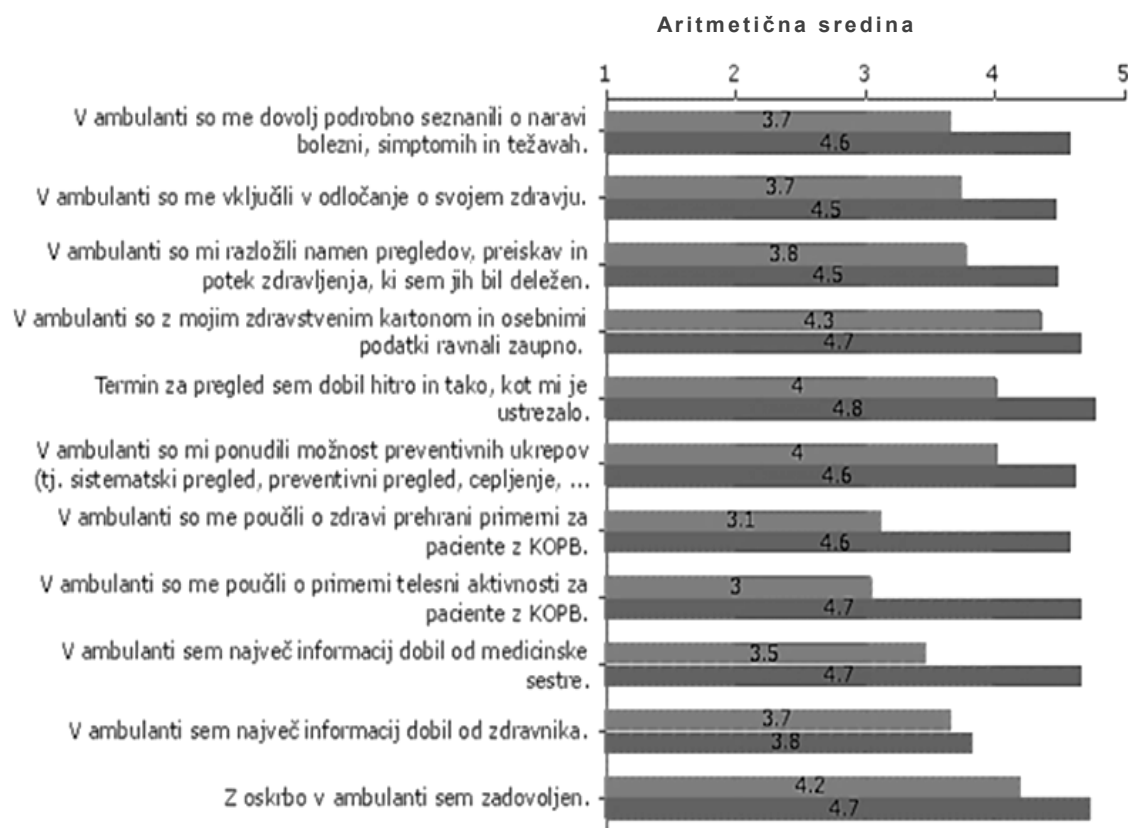
Trditve	Popolnoma se ne strinjam	Se ne strinjam	Se ne strinjam niti strinjam	Se strinjam	Popolnoma se strinjam	N	\bar{x}	SO
V ambulanti mi je medicinska sestra natančno pojasnila postopek inhalacije zdravila (v obliki pršila ali prahu) in ga tudi praktično prikazala.	0	0	1	7	18	26	4.7	0.6
Pri vsaki nadaljnji obravnavi je medicinska sestra v ambulanti natančno preverila, ali obvladam pravilen način jemanja inhalacijskega zdravila.	1	0	2	6	17	26	4.5	0.9
Menim, da so me v ambulanti dobro poučili o naravi svoje bolezni.	0	0	1	6	19	26	4.7	0.5

Legenda: N – število odgovorov, \bar{x} – povprečje, SO – standardni odklon

4.3 Oskrba pacienta v splošni in referenčni ambulanti

Naslednji sklop vprašanj oz. trditev se je nanašal na zadovoljstvo z oskrbo v splošni in referenčni ambulanti. Zadovoljstvo z oskrbo smo merili s trditvami, ki so prikazane na Sliki 5. Anketiranci so pri vsaki trditvi obkrožili številko, ki najbolj ustreza stopnji strinjanja (1 – popolnoma se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – se ne strinjam niti strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam).

Ugotovili smo (Slika 5), da so anketiranci v povprečju veliko bolj zadovoljni z oskrbo v referenčni ambulanti v primerjavi z oskrbo v splošni ambulanti. Največje razlike v povprečjih se kažejo pri trditvah, ki se navezujejo na poučevanje o primerni telesni aktivnosti (povprečje v SA je $\bar{x} = 3$ in povprečje v RA je $\bar{x} = 4,7$), poučevanje o primerni prehrani (povprečje v SA je $\bar{x} = 3,1$ in povprečje v RA je $\bar{x} = 4,6$) ter pri pridobivanju informacij o bolezni s strani medicinske sestre (povprečje v SA je $\bar{x} = 3,5$ in povprečje v RA je $\bar{x} = 4,7$).



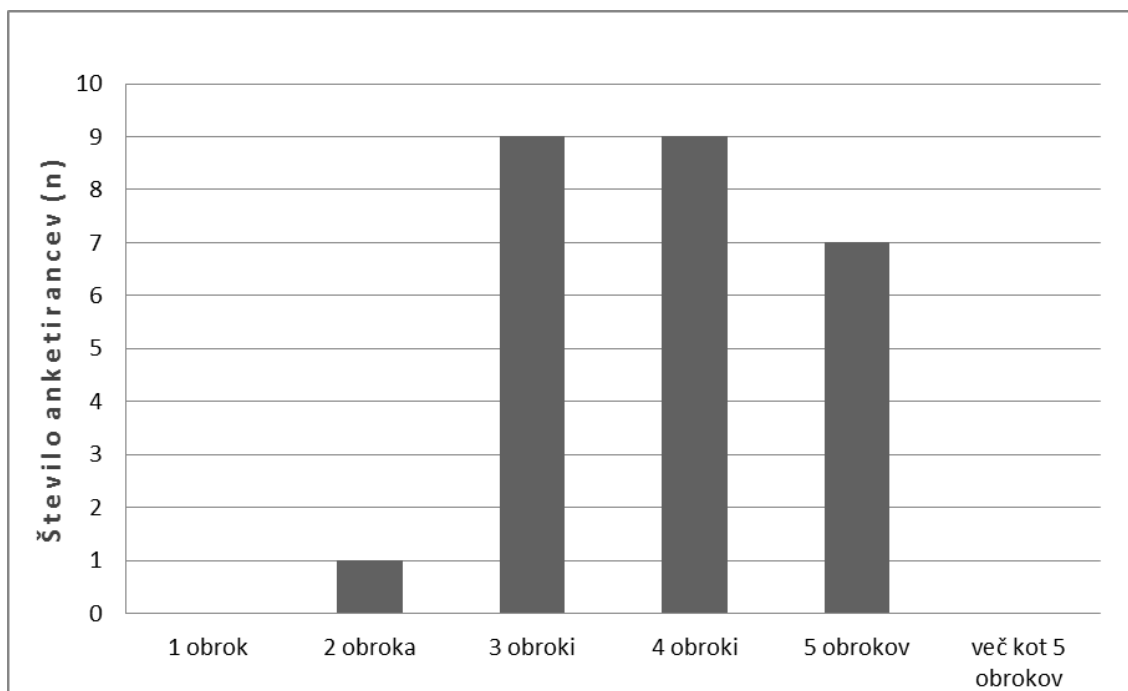
Legenda: splošna ambulanta, referenčna ambulanta

Slika 5: Zadovoljstvo pacientov z obravnavo v SA in RA

4.4 Prehranjevalne navade anketirancev

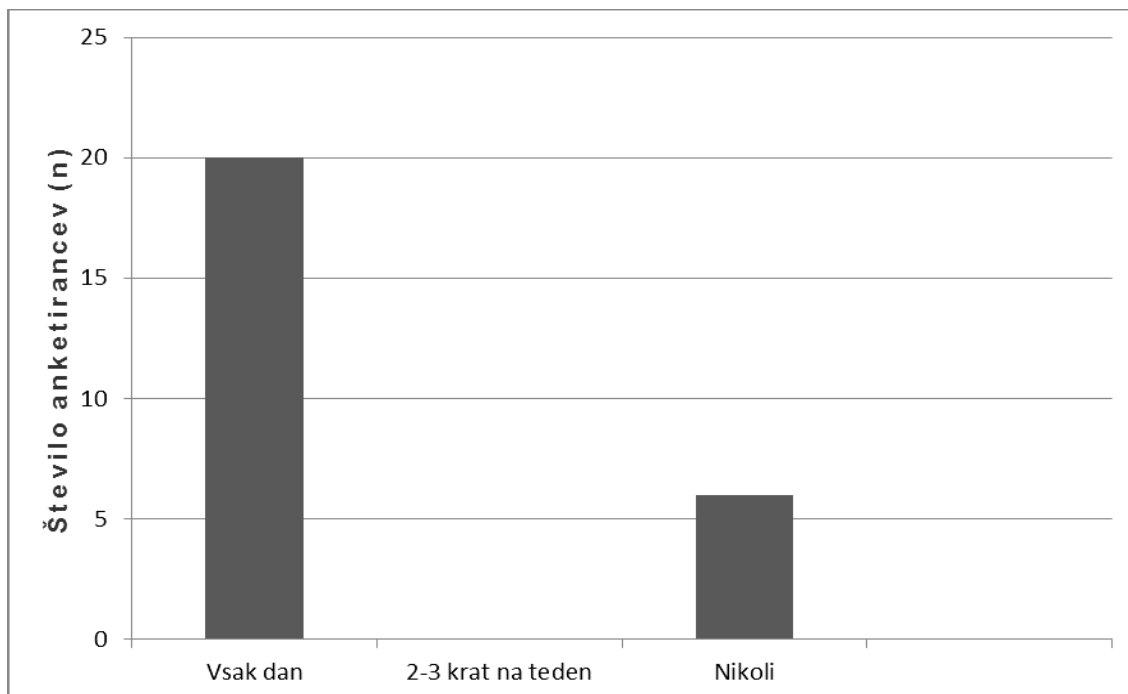
Pravilna in uravnotežena prehrana je eden od pomembnih dejavnikov, ki vpliva na obvladovanje KOPB. Želeli smo izvedeti prehranske navade anketirancev, zato smo jim zastavili vprašanja oz. trditve, s katerimi smo poizvedeli o številu dnevnih obrokov, pogostosti uživanja zajtrka, sadja in zelenjave, sladice ter alkoholnih pijač.

Zanimalo nas je, koliko obrokov (zajtrk, dopoldanska/popoldanska malica, kosilo, večerja) anketiranci običajno pojedjo na dan. Na Sliki 6 je prikazano, da v enakem številu ($n = 9$) anketiranci uživajo tri oz. štiri obroke na dan, sedem anketirancev uživa pet obrokov na dan in en anketiranec zaužije samo dva obroka dnevno. Niti en anketiranec ne užije več kot pet obrokov na dan.



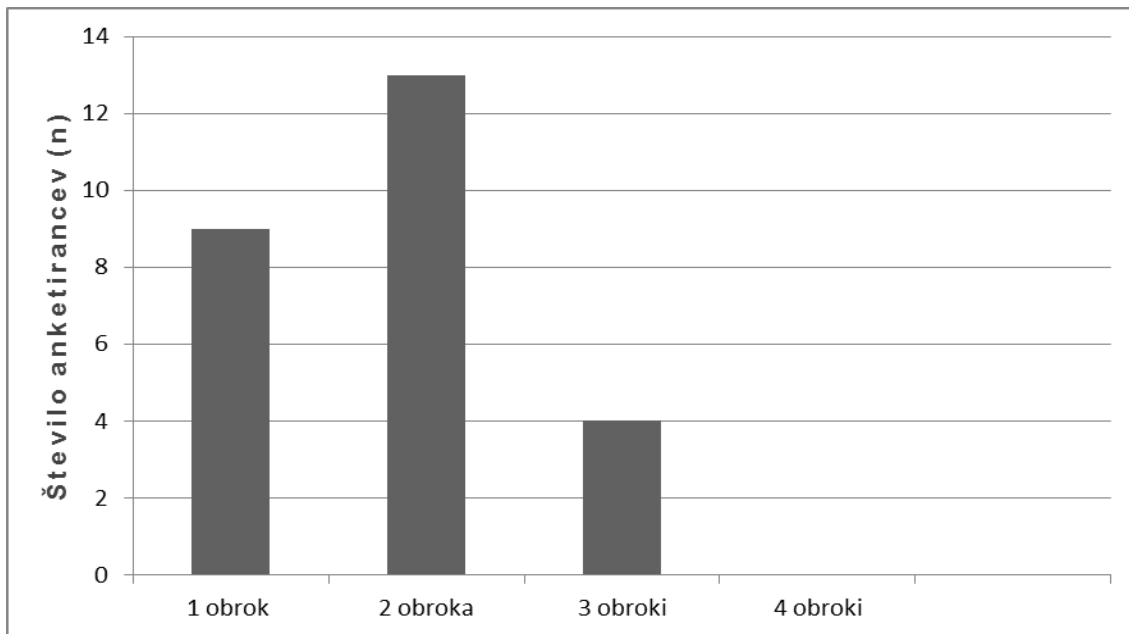
Slika 6: Število zaužitih obrokov na dan

Iz Slike 7 je razvidno, da dve tretjini anketirancev uživa zajtrk vsak dan v tednu, šest anketirancev pa nikoli ne uživa zajtrka. Noben anketiranec ni navedel, da zajtrk uživa dva- do trikrat na teden.



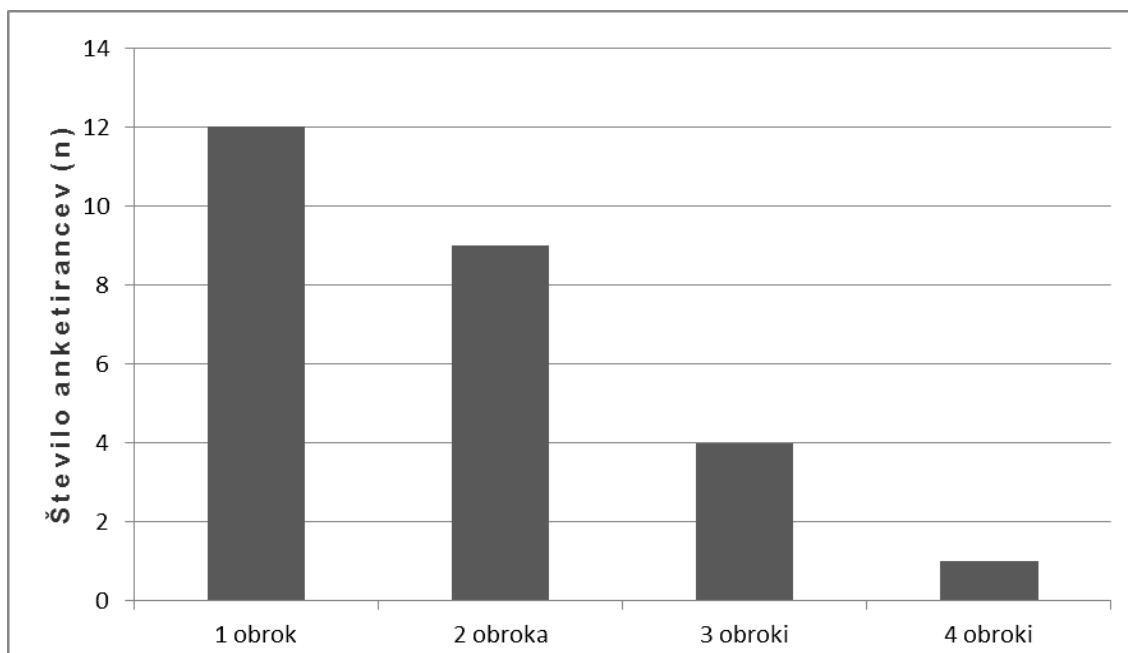
Slika 7: Število uživanja zajtrkov na teden

Zanimalo nas je, koliko zelenjavnih obrokov na dan uživajo anketiranci. Rezultati so pokazali (Slika 8), da 13 anketirancev uživa zelenjavo dvakrat na dan, devet anketirancev uživa zelenjavo enkrat na dan in štirje anketiranci uživajo zelenjavo trikrat na dan.



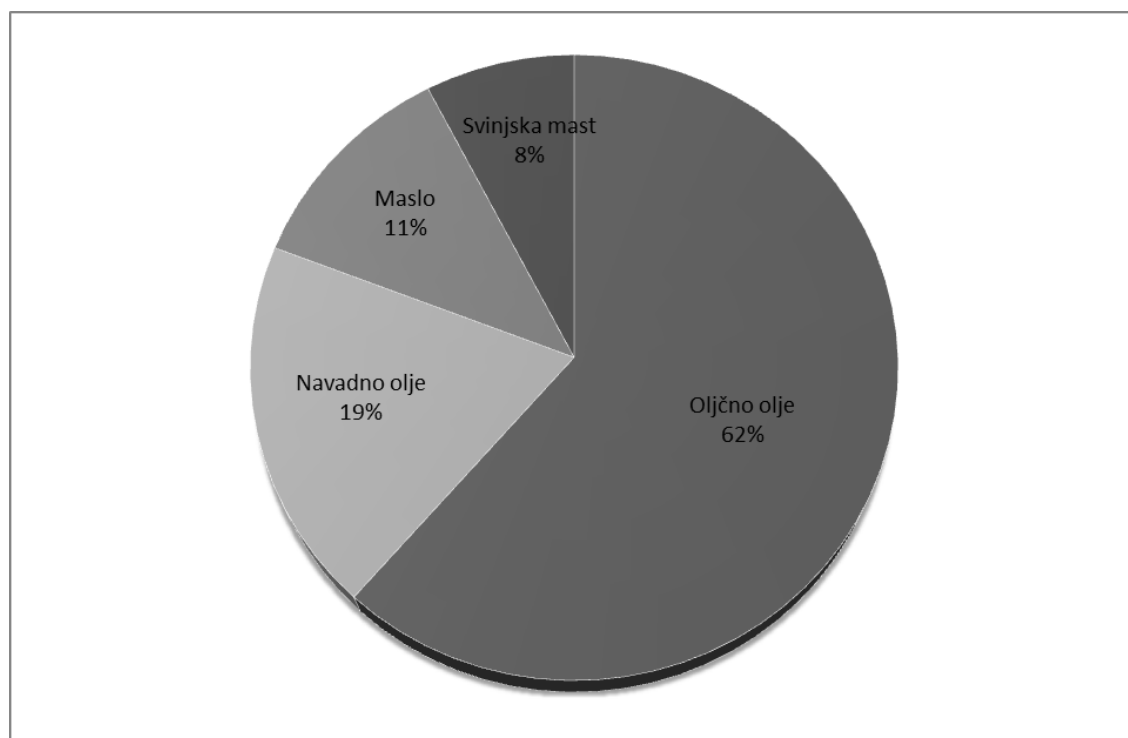
Slika 8: Število zelenjavnih obrokov na dan

Slika 9 prikazuje, kako pogosto anketiranci uživajo sadje. Ugotovili smo, da največ anketirancev ($n = 12$) uživa sadje enkrat na dan, sledijo tisti, ki uživajo sadje dvakrat na dan ($n = 9$), štirje anketiranci pa uživajo sadje trikrat na dan. Samo en anketiranec uživa sadje štirikrat na dan.



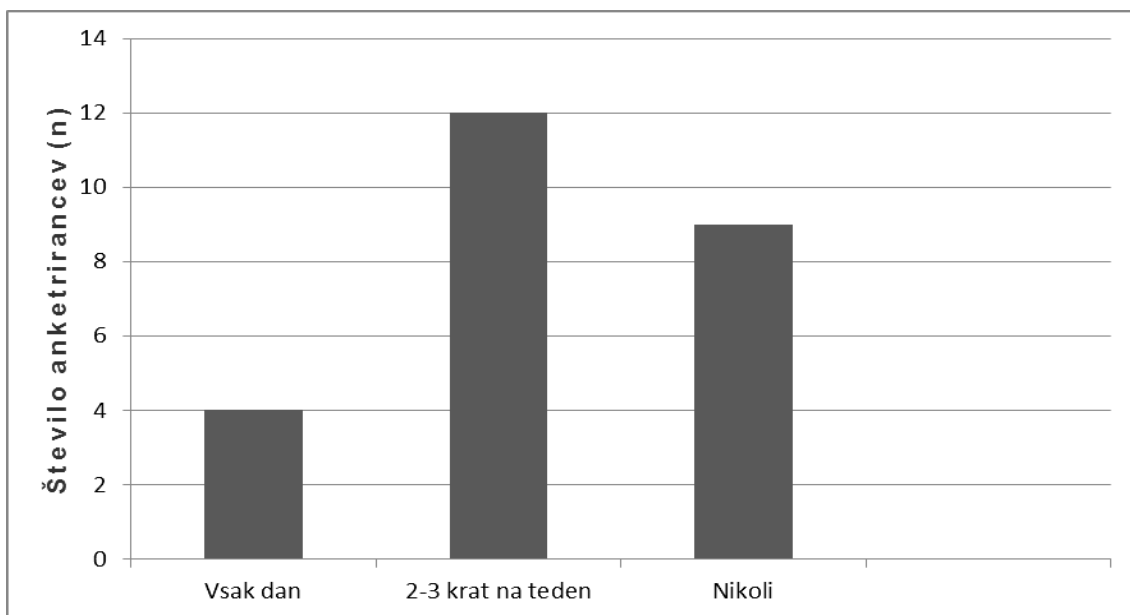
Slika 9: Število sadnih obrokov na dan

Slika 10 prikazuje rezultate odgovorov anketirancev glede vrste maščob, ki jih uporabljajo pri pripravi hrane. 16 anketirancev (62 %) uporablja oljčno olje, sledi pet anketirancev (19 %), ki uporabljajo navadno olje, v manjšem deležu so anketiranci, ki uporabljajo maslo (11 %) ali pa svinjsko mast (8 %).



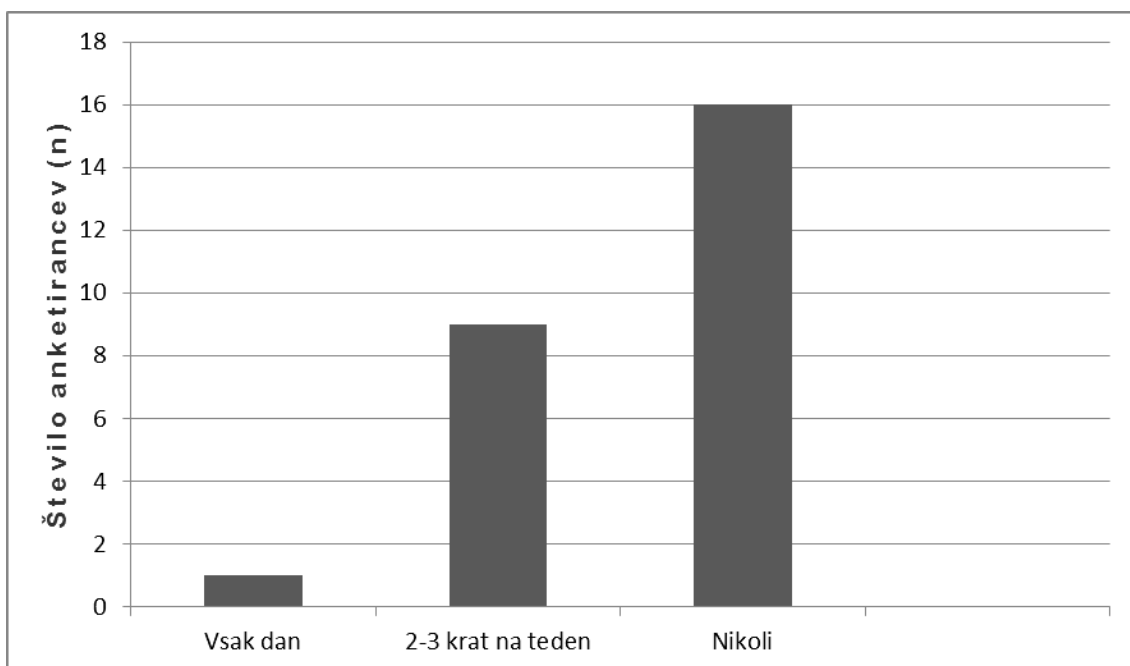
Slika 10: Vrste maščob pri pripravi hrane

Ugotovili smo, da največ anketirancev ($n = 12$) uživa sladice in pecivo dva- do trikrat na teden, devet anketirancev nikoli ne uživa sladice in štirje anketiranci uživajo sladice vsak dan (Slika 11).



Slika 11: Pecivo in sladice na teden

Slika 12 prikazuje podatke o tem, koliko anketirancev uživa brezalkoholne aromatizirane gazirane in negazirane pijače. Rezultati kažejo, da jih več kot polovica anketirancev ($n = 16$) nikoli ne uživa, devet anketirancev zaužije aromatizirano pijačo dva- do trikrat na teden in en anketiranec uživa take pijače vsak dan.



Slika 12: Uživanje brezalkoholnih aromatiziranih gaziranih in negaziranih pijač

Želeli smo izvedeti, kako pogosto anketiranci uživajo alkoholne pijače (npr. vino, pivo, žgane pijače) in koliko enot alkohola popijejo na teden. Za primer smo jim dali naslednjo obrazložitev: *Če pijete vsak dan, potem v spodnji prazni kvadrat vpišite število enot. Če popijete na primer vsak dan 1 dl vina, pomeni, da na teden popijete sedem enot (ena enota: 1 dl vina ali 2,5 dl piva ali 0,3 dl žganja).*

Ugotovili smo, da največ anketirancev ($n = 9$) pije alkoholne pijače ob posebnih priložnostih, v povprečju popijejo 1,7 enote alkohola pijače na teden ($\bar{x} = 1,7$). Nato so anketiranci ($n = 5$), ki pijejo alkohol dva- do trikrat na teden, v povprečju popijejo 4,4 enote alkohola pijače na teden, sledijo anketiranci ($n = 4$), ki pijejo alkohol vsak dan, v povprečju spijejo eno enoto alkoholne pijače na dan oz. sedem enot na teden ($\bar{x} = 1$) in osem anketirancev, ki nikoli ne uživajo alkoholnih pijač (Preglednica 4).

Preglednica 4: Pogostost uživanja alkoholnih pijač

	Vsak dan	2–3 na teden	Ob posebnih priložnostih	Nikoli
Število anketirancev (N)	4	5	9	8
Število enot alkohola (\bar{x})	1.0	4.4	1.7	0

Legenda: N – št. anketirancev, \bar{x} – povprečje

4.5 Telesna aktivnost anketirancev

Znano je, da imajo pacienti s KOPB, ki so aktivni in se redno gibajo, manj težav z boleznijo. Anketirance smo povprašali, koliko se gibajo v prostem času, pri gospodinskih opravilih in na delovnem mestu (za zaposlene anketirance). Rezultate smo prikazali v preglednicah.

Rezultati kažejo (Preglednica 5), da se v prostem času v povprečju največ anketirancev ($\bar{x} = 4,4$) ukvarja z rekreativno hojo, majhno število oseb pa se v povprečju ukvarja z zelo intenzivno aktivnostjo ($\bar{x} = 1,5$) oz. zmerno intenzivnim gibanjem ($\bar{x} = 1,3$).

Preglednica 5: Telesna aktivnost – pogostost

Vrsta telesne aktivnosti	Pogostost telesne aktivnosti (1 – en dan na teden, 2 – dva dni na teden...)					N	\bar{x}	SO
	1	2	3	4	5			
Zelo intenzivno (aerobika, tek, smučanje, fitnes, hitro plavanje itd.).	21	1	2	1	1	26	1,5	1,1
Zmerno intenzivno (ples, kegljanje, počasno plavanje itd.).	22	1	3	0	0	26	1,3	0,7
Hoja (sprehajanje).	5	3	2	4	12	26	4,4	2,5

Legenda: N – št. odgovorov, \bar{x} – povprečje, SO – standardni odklon

Največ anketirancev se pri domačih opravilih giba v stanovanju, v povprečju 3,2-krat na teden ($\bar{x} = 3,2$), sledijo anketiranci, ki se zmerno gibajo na dvorišču pred hišo, v povprečju 2,4-krat na teden ($\bar{x} = 2,4$) ter anketiranci, ki se zelo intenzivno gibajo na dvorišču, v povprečju 1,5-krat na teden ($\bar{x} = 1,5$) (Preglednica 6). Pri vseh anketirancih in pri vseh vrstah gibanja pri domačih opravilih je čas gibanja krajši od 30 minut.

Preglednica 6: Gibanje pri domačih opravilih

Vrsta telesne aktivnosti	Pogostost telesne aktivnosti (1 – en dan na teden, 2 – dva dni na teden...)							N	\bar{x}	SO
	1	2	3	4	5	6	7			
Zelo intenzivno gibanje na vrtu ali dvorišču (sekanje drv, kopanje na vrtu itd.).	22	1	0	1	1	0	1	26	1,5	1,5
Zmerno intenzivno gibanje na vrtu ali dvorišču (pometanje, grabljenje trave itd.).	14	3	0	3	3	0	2	25	2,4	2,0
Gibanje v stanovanju (sesanje, kuhanje itd.).	12	2	0	3	3	2	4	26	3,2	2,4

Legenda: N – št. odgovorov, \bar{x} – povprečje, SO – standardni odklon

V nadaljevanju so prikazani podatki za tiste anketirance, ki so še zaposleni ($n = 17$).

Preglednica 7 prikazuje podatke o gibanju na samem delovnem mestu. Osem anketirancev na delovnem mestu hodi oz. se giba, v povprečju se gibajo 3,6-krat na teden ($\bar{x} = 3,6$). Sledi število anketirancev ($n = 13$), ki se na delovnem mestu zmerno intenzivno gibajo, v povprečju 2,2-krat na teden ($\bar{x} = 2,2$). 16 anketirancev se na delovnem mestu zelo intenzivno giba 1,2-krat na teden ($\bar{x} = 1,2$). Za vse aktivnosti oz. gibanje na delovnem mestu porabijo v povprečju manj kot 30 minut na dan.

Preglednica 7: Gibanje na delovnem mestu

Vrsta telesne aktivnosti	Pogostost telesne aktivnosti (1 – en dan na teden, 2 – dva dni na teden ...)							N	\bar{x}	SO
	1	2	3	4	5	6	7			
Zelo intenzivno gibanje (dvigovanje uteži, težka gradbena dela).	16	0	0	1	0	0	0	17	1.2	0.7
Zmerno intenzivno gibanje (nošenje lahkih bremen).	13	0	0	0	2	0	2	17	2.2	2.2
Hoja (med delovnim procesom).	8	0	0	0	4	1	4	17	3.6	2.7

Legenda: N – št. odgovorov, \bar{x} – povprečje, SO – standardni odklon

V Preglednici 8 so prikazani rezultati gibanja na poti na delovno mesto. 13 anketirancev je navedlo, da grejo na delovno mesto peš, od tega jih gre devet enkrat tedensko, dva gresta petkrat tedensko in eden gre vsak dan, in sicer hodijo manj kot 30 minut. 14

anketirancev na delovno mesto kolesari, od tega jih 12 kolesari enkrat tedensko, za kar porabijo prav tako manj kot 30 minut časa.

Preglednica 8: Gibanje na poti na delovno mesto

Vrsta telesne aktivnosti	Pogostost telesne aktivnosti (1 – en dan na teden, 2 – dva dni na teden...)							N	\bar{x}	SO
	1	2	3	4	5	6	7			
Pešačenje	9	0	0	0	2	1	1	13	2,5	2,3
Kolesarjenje	12	1	1	0	0	0	0	14	1,2	0,6

Legenda: N – št. odgovorov, \bar{x} – povprečje, SO – standardni odklon

5 RAZPRAVA

V okviru diplomske naloge smo izvedli raziskavo, s katero smo primerjali zdravstveno oskrbo obolelih s KOPB v splošni in referenčni ambulanti. Raziskavo smo izvedli na področju Kopra, Izole in Lucije. S tem smo pridobili prve ugotovitve zadovoljstva pacientov s KOPB s storitvami referenčnih ambulant na omenjenem področju. Čeprav je omejitev naše raziskave majhno število anketiranih oseb ($n = 30$), so lahko rezultati raziskave kakovostna podlaga za nadaljnje raziskovanje tega področja.

Kot vplivni dejavniki na razvoj KOPB se v literaturi omenja kajenje, starost in socialni status, kar smo ugotovili tudi v naši raziskavi. Iz pridobljenih rezultatov je razvidno, da je KOPB diagnosticirana predvsem pri starejši populaciji, čeprav lahko prizadene tudi mlajše odrasle (v starosti okoli 40 let), ter osebe z nižjo stopnjo izobrazbe. Kljub temu da je kajenje najpogostejši vzrok za nastanek KOPB in da zboli približno 20 % kadičev (Sandford in sod., 1997), smo v naši raziskavi ugotovili, da je velik delež pacientov ($n = 15$) aktivnih kadičev, ki v povprečju pokadijo 25 cigaret na dan in so kadilci že 35 let. Zanimivo bi bilo raziskati vzroke za neopuščanje kajenja, klub opozorilom o škodljivosti in poiskati motivacijo za življenje brez cigaret, saj bi s tem lahko preprečili napredovanje te bolezni.

Anketiranci, vključeni v raziskavo, so glede obvladovanja bolezni v povprečju bolj zadovoljni z delovanjem referenčnih ambulant v primerjavi s splošnimi ambulantami. Prav tako kažejo večje zadovoljstvo z oskrbo v referenčni ambulanti, ker so bolj informirani o zelo pomembni, a večkrat spregledani tematiki, tj. primerna aktivnost in prehranjevanje pri obvladovanju KOPB. Podobne rezultate navaja tudi Bugar (2015), ki je raziskovala zadovoljstvo uporabnikov referenčnih ambulant na področju Ljubljane, kjer je bilo vključenih 124 pacientov Zdravstvenega doma Ljubljana. Stopnja zadovoljstva uporabnikov referenčnih ambulant se je pokazala kot izredno visoka. Rezultati raziskave pa so pokazali tudi izboljšanje zdravstvenega stanja in psihofizične kondicije. V naši raziskavi se kaže tudi visoka stopnja strinjanja, kar zadeva obrazložitev postopka uporabe in ponovnega preverjanja uporabe inhalacijskega zdravila s strani diplomirane medicinske sestre v referenčni ambulanti v primerjavi s splošno ambulanto.

Številne raziskave opozarjajo na pomen rednega prehranjevanja oz. na uživanje več obrokov dnevno, kar v večini upoštevajo tudi anketiranci v naši raziskavi, ki dnevno užijejo od dva do pet obrokov. Prav tako so spodbudni rezultati glede rednega uživanja zajtrka, ki je osnova za pravilno delovanje človeškega organizma. Več kot polovica anketirancev redno uživa zajtrk. Sade in zelenjavo naj bi po priporočilih Svetovne zdravstvene organizacije dnevno zaužili pet enot oz. 400 g, vendar raziskave kažejo, da v praksi ni tako. Inštitut za nutricionistiko (n. d.) je oktobra 2014 izvedel raziskavo o uživanju sadja in zelenjave pri Slovencih. Ugotavljajo, da le polovica Slovencev uživa sadje in zelenjavo vsak dan. Nekoliko boljši rezultati se kažejo v naši raziskavi, kjer

večina anketirancev poje od enega do tri sadno-zelenjavne obroke dnevno. Pri pripravi hrane anketiranci najpogosteje uporabljajo oljčno olje, ki ima dokazane številne zdravilne učinke. Menimo, da je uporaba oljčnega olja bolj značilna za južni del Primorske in bi morda v drugih regijah rezultati pokazali drugačno sliko uporabe maščob, vendar to ni predmet naše raziskave. Pacienti, ki so sodelovali v naši raziskavi, so prav tako zmerni v uživanju sladice, peciv in pitju aromatiziranih brezalkoholnih pijač, kar je zelo dobro.

Nekoliko presenetljiv je dobljen rezultat na področju konzumiranja alkoholnih pijač. Stopnja uporabe alkohola je po številnih raziskavah v Sloveniji zelo visoka (NIJZ, 2014b). Skoraj polovica državljanov Evrope uživa alkohol enkrat do trikrat tedensko, v nekaterih državah pa anketiranci poročajo o vsakodnevem pitju, npr. Portugalska (43 % v letu 2009, 47 % v letu 2006) in Italija (25 % v letu 2009, 26 % v letu 2006). Podatki razkrivajo, da je vsakodnevno pitje alkohola v posameznih državah, kot sta Slovenija in Romunija, v letih od 2006 do 2009 poraslo iz 9 % na 13 % (TNS Opinion and Social, 2010). Naši anketiranci v večini uživajo alkohol ob posebnih priložnostih, povprečno 1,7 enote alkohola. Sledijo anketiranci, ki nikoli ne uživajo alkohola, kar nas je presenetilo glede na podatke v drugih raziskavah. Najmanj pa je anketirancev, ki uživajo vsak dan eno enoto alkohola.

Glede telesne aktivnosti anketiranci največ hodijo, po navadi več kot 30 minut na dan, sledijo opravila oz. gibanje pri hišnih opravilih, vendar manj kot 30 minut na dan. Na delovnem mestu anketiranci največ hodijo, vendar manj kot 30 minut na dan. Sicer pa gibanje na delovnem mestu ni vrsta gibanja, ki je priporočljiva za ohranjanje kondicije. Priporoča se aerobna telesna aktivnost vsaj 30 minut vsak dan oz. do težke sape. Naši rezultati kažejo, da so pacienti manj aktivni kot bi bilo priporočljivo, vendar je treba vzeti v obzir določene dejavnike, kot sta starost in stopnja napredovanja bolezni.

Z raziskavo smo želeli ugotoviti razlike v obravnavi pacienta s KOPB v splošni in referenčni ambulanti ter ali so pacienti bolj zadovoljni z oskrbo v referenčni ambulanti kot z oskrbo v splošni ambulanti. Izkazalo se je, da dobijo več informacij o KOPB, primerni telesni aktivnosti in o zdravi prehrani v referenčni ambulanti s strani diplomirane medicinske sestre. Prav tako so pacienti v referenčni ambulanti v večji meri deležni obrazložitve postopka uporabe in ponovnega preverjanja uporabe inhalacijskih zdravil kot v splošni ambulanti. V primerjavi z oskrbo v splošni ambulanti pacienti izkazujejo večje zadovoljstvo z oskrbo v referenčni ambulanti.

6 ZAKLJUČEK

V diplomski nalogi obravnavamo novo področje v zdravstvu, to so referenčne ambulate, ki prevzemajo preventivne aktivnosti in delujejo kot razširjeni tim splošne ambulate. V preteklosti smo merili predvsem kakovost oskrbe pacienta, v današnjih časih pa je potrebna celostna obravnava, ne samo pacienta, temveč tudi celotnega zdravstvenega osebja in zdravstvene ustanove. Oskrba pacientov v referenčnih ambulantah predstavlja večje zadovoljstvo pacientov, kar je eden od kazalcev kakovosti v zdravstvu. Kakovost oskrbe pacienta v referenčni ambulanti se meri s pomočjo kazalnikov kakovosti, ki so določeni s strani Projektnega sveta in z vprašalniki zadovoljstva timov referenčnih ambulant in pacientov.

S pomočjo raziskave, ki smo jo izvedli v okviru diplomske naloge, ugotavljamo zadovoljstvo pacientov z oskrbo v referenčni ambulanti, kar nakazuje, da je projekt uvedbe referenčnih ambulant uspešen ter izpolnjuje zadano poslanstvo, vizije in cilje. Ugotovili smo, da se zadovoljstvo kaže predvsem pri podajanju informacij o KOPB, primerni prehrani in aktivnosti pri obvladovanju obravnavane bolezni ter pri razlagi o uporabi inhalacijskih zdravil. Diplomirana medicinska sestra opravlja svoje delo kakovostno, vendar priporočamo bolj intenzivno osveščanje kadilcev o KOPB, pomoč pri opustitvi kajenja in ciljano obravnavo novo odkritih pacientov s KOPB. Menimo, da je dodana vrednost pridobljenih rezultatov v okviru diplomske naloge podlaga, na kateri se bodo lahko v prihodnosti razvijale raziskave z obravnavanega področja, vendar menimo, da bi bilo potrebno v raziskavo vključiti večje število obravnavanih pacientov.

7 VIRI

- BRATKOVIČ, M., 2011. Zdravstvena vzgoja pacienta s kronično obstruktivno pljučno boleznijo. *Modul: astma; KOPB; alergijski rinitis*. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, str. 49–51.
- BUGAR, K., 2015. *Zadovoljstvo uporabnikov kot kazalnik kakovosti storitev v referenčnih ambulantah družinske medicine*: magistrska naloga [spletni vir]. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management, str. 65–68. [Datum dostopa 30. 11. 2016]. Dostopno na ftp://www.ediplome.fm-kp.si/Bugar_Katja_20150820.pdf
- BROOK, R. H., 2011. The role of physicians in controlling medical care costs and reducing waste [spletni vir]. *Journal of American Medical Association*, letn. 306, št. 6, str. 650–651. [Datum dostopa 17. 10. 2016]. Dostopno na <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2011.1136>
- CARTER, B. L., ROGERS, M., DALY, J., ZHENG, S., JAMES, P.A., 2009. The potency to team based care interventions for hypertension [spletni vir]. *Archives of Internal Medicine*, letn. 169, št. 19, str. 1748–1755. [Datum dostopa 17. 10. 2016]. Dostopno na <http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/224869>
- DEBELJAK, A., 2003. Kronična obstruktivna pljučna bolezen (KOPB). *Medicinski razgledi*, letn. 42, št. 3, str. 257–276.
- DELAMAIRE, M., LAFORTUNE, G., 2010. Nurses in advanced roles: a description and evaluation of experiences in 12 developed countries [spletni vir]. *OECD Health Working Papers*, št. 54. [Datum dostopa 22. 10. 2016]. Dostopno na <http://dx.doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en>
- DUBOIS, A. C., SINGH, D., 2009. From staff-mix to skill-mix and beyond [spletni vir]. *Human resources for health*, letn. 7, št. 1 [Datum dostopa 09. 10. 2016]. Dostopno na <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-7-87>
- HAJDINJAK, A., MEGLIČ, R., 2001. Pomen standardov v sodobni zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, letn. 35, št. 1/2, str. 29–35.
- INŠTITUT ZA NUTRICIONISTIKO, (n. d.). *Rezultati raziskave: Le polovica odraslih uživa sadje in zelenjavo vsak dan, moški še manj pogosto* [spletni vir]. [Datum dostopa 15. 12. 2016]. Dostopno na <http://www.nutris.org/novice/228-rezultati-raziskave-le-polovica-odraslih-uziva-sadje-in-zelenjavo-vsak-dan-moski-se-manj-pogosto.html>
- KERSNIK, J., 1999. Zadovoljstvo pacientov. *Medicinski razgledi*, letn. 38, št. 3, str. 389–394.
- KERSNIK, J., 2010. *Kakovost v zdravstvu*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, str. 16–54.

- KOŠNIK, M., MREVLJE, F., ŠTAJER, D., ČERNELČ, P., KOŽELJ, M., ANDOLJŠEK, D., LOŽ, G., 2011. *Interna medicina*. Ljubljana: Littera picta: Slovensko medicinsko društvo, str. 384–387.
- LUBI, T., 2009. *Kakovost v zdravstveni negi* [spletni vir]. [Datum dostopa 13. 07. 2016]. Dostopno na https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres_zbn_7/pdf/132B.pdf
- MUŠIČ, E., 2010. Pomen KOPB smo predolgo zapostavljali. *Naša lekarna*, letn. 5, št. 47, str. 38–43.
- MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE, 2006. *Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, str. 11–17.
- MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE, 2015. *Referenčne ambulate* [spletni vir]. [Datum dostopa 19. 05. 2016]. Dostopno na http://www.mz.gov.si/si/pogoste_vsebine_za_javnost/referencne_ambulate/
- NACIONALNI INŠTITUT ZA JAVNO ZDRAVJE, 2014a. *Publikacija OECD o kazalnikih zdravja in zdravstvenih sistemov – Health at a Glance 2014* [spletni vir]. [Datum dostopa 09. 10. 2016]. Dostopno na <http://www.nijz.si/sl/publikacija-oecd-o-kazalnikih-zdravja-health-a-glance-europe-2016>
- NACIONALNI INŠTITUT ZA JAVNO ZDRAVJE, 2014b. *Alkohol v Sloveniji*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, str. 40–53.
- NACIONALNI INŠTITUT ZA JAVNO ZDRAVJE, 2017. *Podatkovni portal* [spletni vir]. [Datum dostopa 14. 6. 2017]. Dostopno na <https://podatki.nijz.si/pxweb/sl/NIJZ%20podatkovni%20portal/>
- PEČELIN, S., SOČAN, M., 2016. Referenčne ambulate: izkušnje diplomiranih medicinskih sester. *Obzornik zdravstvene nege*, letn. 50, št. 2, str. 157–162.
- PETEK ŠTER, M., 2012. Epidemiologija in smernice zdravljenja kroničnih bolezni. *Farmacevtski vestnik*, letn. 63, št. 4, str. 205–210.
- PETEK ŠTER, M., ŠTER, B., 2015. Pomen izobraževanja diplomiranih medicinskih sester v referenčnih ambulantah: primer arterijske hipertenzije. *Obzornik zdravstvene nege*, letn. 49, št. 1, str. 52–59.
- POPLAS SUSIČ, A., MARUŠIČ, D., 2011. Referenčne ambulate. *Bilten: ekonomika, organizacija, informatika v zdravstvu*, letn. 27, št. 1, str. 9–17.
- POPLAS SUSIČ, A., ŠVAB, I., KERSNIK, J., 2013. Projekt referenčnih ambulant družinske medicine v Sloveniji. *Zdravstveni vestnik*, letn. 82, št. 10, str. 635–647.
- ROBIDA, A., 2008. *Kakovost in varnost zdravstvene oskrbe* [zapiski predavanj]. Maribor: Univerza v Mariboru
- ROBIDA, A., 2009. *Pot do odlične zdravstvene prakse: vodnik za izboljšanje kakovosti in presojo lastne zdravstvene prakse*. Ljubljana: Planet GV, str. 8–89.

- SANDFORD, A. J., WEIR, T. D., PARÉ, P. D., 1997. Genetic risk factors for chronic obstructive pulmonary disease [spletni vir]. *European Respiratory Journal*, letn. 10, št. 6, str. 1380–13891. [Datum dostopa 25. 10. 2016]. Dostopno na <http://erj.ersjournals.com/content/erj/10/6/1380.full.pdf>
- STARFIELD, B., 2009. Toward international primary care reform [spletni vir]. *Canadian Medical Association Journal*, letn. 180, št. 11, str. 1091–1092. [Datum dostopa 29. 08. 2016]. Dostopno na <http://www.cmaj.ca/content/180/11/1091.full.pdf>
- ŠKRGAT KRISTAN, S., 2009. Stališče do obravnave akutnega poslabšanja kronične obstruktivne pljučne bolezni (apKOPB). *Zdravniški vestnik*, letn. 78, št. 1, str. 19–32.
- ŠUŠKOVIČ, S., 2003. Ločevanje kronične obstruktivne pljučne bolezni od astme. *Zdravniški vestnik*, letn. 72, št. 3, str. 157–161.
- TOMŠIČ, B., TOMŠIČ, J., TOMŠIČ, J., 2015. Sistem vodenja kakovosti v storitvenih organizacijah zdravstvenega varstva. *Revija za univerzalno odličnost*, letn. 4, št. 3, str. 31–46.
- TNS OPINION AND SOCIAL, 2010. *EU citizens' attitudes towards alcohol* [spletni vir]. [Datum dostopa 02. 12. 2016]. Dostopno na http://protect-project.eu/files/ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_331_en.pdf
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000. *The world health report 2000 – Health systems: improving performance* [spletni vir]. Geneva: World Health Organization, str. 3–17. [Datum dostopa 15. 10. 2016]. Dostopno na <http://www.who.int/whr/2000/en/>
- Zakon o pacientovih pravicah*, 2008. Uradni list Republike Slovenije [spletni vir], št. 15/2008, 11. člen. [Datum dostopa 20. 10. 2016]. Dostopno na <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/84936>

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Število pacientov s kroničnimi boleznimi, kot je kronična obstruktivna pljučna bolezen, konstantno narašča. Ko je bolezen potrjena, je potrebna poleg zdravljenja, tudi ustrezna stopnja informiranosti pacienta. Pri tem ima pomembno vlogo medicinska sestra v referenčni ambulanti, ki omogoča načrtovano in nadzorovano kakovostno oskrbo pacientov ter razporeditev obremenitve zdravnikov v splošnih ambulantah. Diplomska naloga obravnava novejša področja v zdravstveni dejavnosti, to so referenčne ambulate. Namen diplomske naloge je na osnovi pregleda literature predstaviti kronično obstruktivno pljučno bolezen ter organiziranost in delovanje referenčnih ambulant. Cilj diplomske naloge je ugotoviti, ali so razlike v zadovoljstvu pacientov s KOPB v splošni ambulanti in v referenčni ambulanti.

Metoda: V empiričnem delu smo izvedli neeksperimentalno kavzalno raziskavo. Uporabili smo tehniko anketiranja na vzorcu 30 pacientov s področja južne Primorske, ki so imeli diagnosticirano KOPB in so bili v času raziskave obravnavani v referenčni ambulanti.

Rezultati: Anketiranci, vključeni v našo raziskavo, so bolj zadovoljni z oskrbo v referenčni kot v splošni ambulanti. Izkazali so predvsem zadovoljstvo s podajanjem informacij diplomirane medicinske sestre o KOPB, o primerni aktivnosti in prehranjevanju, ki sta pomembna dejavnika pri obvladovanju bolezni. Poleg tega se visoka stopnja zadovoljstva kaže pri obrazložitvi postopka uporabe inhalacijskih zdravil.

Zaključek: Referenčne ambulate so novo področje v zdravstveni dejavnosti, ki deluje kot razširjeni tim splošne ambulate. Diplomirana medicinska sestra je nova članica tima in ima ključno vlogo pri zdravstveno-vzgojnem delu. S pomočjo raziskave, ki smo jo opravili v okviru diplomske naloge, smo ugotovili visoko stopnjo zadovoljstva pacientov z oskrbo v referenčni ambulanti in s tem odgovorili na raziskovalni vprašanje, ki smo si jih zastavili. Menimo, da je projekt uvedbe referenčnih ambulant uspešen ter izpolnjuje zadano poslanstvo, vizijo in cilje. Pridobljeni rezultati v okviru diplomske naloge so lahko podlaga za nadaljnje raziskave na obravnavanem področju.

Ključne besede: splošna ambulanta, referenčna ambulanta, kronična obstruktivna pljučna bolezen, medicinska sestra

SUMMARY

Background: The number of patients with chronic diseases, chronic obstructive pulmonary disease for example, is constantly increasing. When the disease is confirmed, besides the treatment it requires proper provision of information about the patient. At this point, the diploma graduate nurse, working in model practice, plays an important role in the planned and supervised care of the patients, and in the support of overloaded physicians in general practice. The present paper deals with a new field of health care model practice. The purpose of this diploma paper is to present chronic obstructive pulmonary disease and how model practice operates, according to a review of the literature. The aim is to discover whether there are differences in satisfaction of the chronic obstructive pulmonary disease patients with their healthcare in model practice compared to general practice.

Methods: The empirical part is based on nonexperimental causal research. We have used the technique of survey from a sample of 30 patients with COPD living in the area of southern Primorska. At the time when research was carried out they were supplied with model practice.

Results: Patients involved in our research expressed greater satisfaction with the health care in model practice than in general practice. They were especially satisfied with the information given by diploma graduate nurses about COPD, appropriate activity and nutrition, which are important factors in controlling the disease. In addition they have shown a high level of satisfaction with instructions for application of inhaled medications presented by diploma graduate nurses.

Conclusions: Model practice is a new field of healthcare system that involves an expanded general practice team. Diploma graduate nurses are new members of the team and play an important role in health education. Through research, which was conducted within the diploma work, we found a high level of satisfaction with health care in a model practice. Thus we answer research questions that we have set ourselves. This suggests successful project implementation which has fulfilled its mission, vision and goals. The results obtained in the present thesis can be the basis for further research in this area.

Key words: general practice, model practice, chronic obstructive pulmonary disease, nurse

ZAHVALA

Zahvaljujem se svojim staršema, mami Violeti in očetu Ivanu, ki sta mi vedno stala ob strani in partnerju Danijelu Stupanu za spodbudo in podporo pri izdelavi diplomske naloge.

Za vse koristne informacije in napotke pri izdelavi te naloge se zahvaljujem mentorici Ester Benko, mag. zdr. neg., pred. in somentorici Katarini Merše Lovrinčević, mag. zdr. neg., asist.

PRILOGE

PRILOGA 1: ANKETNI VPRAŠALNIK

Spoštovani,

moje ime je Elena Matijević in sem absolventka Fakultete za vede o zdravju, Univerze na Primorskem. V okviru izdelave diplomskega dela z naslovom *Primerjava kakovosti zdravstvene oskrbe pacientov s kronično obstruktivno pljučno boleznijo v splošni in referenčni ambulanti* bi vas prosila, da izpolnite anketni vprašalnik. Anketni vprašalnik je anonimen in vam ne bo vzel veliko časa za izpolnjevanje.

Za vaše sodelovanje se vam zahvaljujem.

Elena Matijević

DEMOGRAFSKI PODATKI

1. Spol (označite vaš spol)

- a) ženski
- b) moški

2. Starost (prosim, napišite) _____ let

3. Katera je vaša najvišja dosežena izobrazba:

- a) (Ne)dokončana osnovnošolska
- b) Poklicna šola
- c) Srednješolska
- d) Višješolska/visokošolska
- e) Univerzitetna
- f) Magisterij/doktorat

DIAGNOZA

4. Prosim, če napišete, kdaj so vam diagnosticirali diagnozo KOPB:

KOPB so mi diagnosticirali pred _____ leti.

ŽIVLJENJSKI STIL

5. Kajenje (prosim, obkrožite trditev, ki velja za vas in dopišite, koliko let)

- a) Kadilec: kadim _____ let _____ cigaret/dan
 - b) Bivši kadilec: prenehal pred _____ leti, pred tem kadi _____ let po _____ cigaret na dan
 - c) Nekadilec
 - d) Pasivni kadilec
-

OBVLADOVANJE BOLEZNI

- 6. Prosim, ocenite stopnjo strinjanja z naslednjimi trditvami, najprej v splošni ambulanti in nato v referenčni ambulanti.** Odgovorite tako, da pri vsaki trditvi obkrožite številko, ki najbolj ustreza vaši stopnji strinjanja (1 – popolnoma se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – se ne strinjam niti strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam).

Trditve/ stopnja strinjanja	Splošna ambulanta	Referenčna ambulanta
V ambulanti mi je medicinska sestra natančno pojasnila postopek inhalacije zdravila (v obliki pršila ali prahu) in ga tudi praktično prikazala.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Pri vsaki nadaljnji obravnavi je medicinska sestra v ambulanti natančno preverila, ali obvladam pravilen način jemanja inhalacijskega zdravila.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Menim, da so me v ambulanti dobro poučili o naravi svoje bolezni.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

ZADOVOLJSTVO Z OSKRBO PACIENTA V SPLOŠNI IN REFERENČNI AMBULANTI – PRIMERJAVA

7. Prosim, ocenite stopnjo strinjanja z naslednjimi trditvami, najprej v splošni ambulanti in nato v referenčni ambulanti. Odgovorite tako, da pri vsaki trditvi obkrožite številko, ki najbolj ustreza vaši stopnji strinjanja (1 – popolnoma se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – se ne strinjam niti strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam).

Trditve/ stopnja strinjanja	Splošna ambulanta	Referenčna ambulanta
V ambulanti so me dovolj podrobno seznanili z naravo bolezni, simptomih in težavami.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
V ambulanti so mi razložili namen pregledov, preiskav in potek zdravljenja, ki sem jih bil deležen.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
V ambulanti so me vključili v odločanje o svojem zdravju.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Pri obravnavi v ambulanti sem imel/-a dovolj časa za izraziti svoje mnenje in se posvetovati o svojem zdravju.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
V ambulanti so z mojim zdravstvenim kartonom in osebnimi podatki ravnali zaupno.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Termin za pregled sem dobil hitro in tako, kot mi je ustrezalo.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
V ambulanti so mi ponudili možnost preventivnih ukrepov (tj. sistematski pregled, preventivni pregled, cepljenje, zdravstveno vzgojo).	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
V ambulanti so me poučili o zdravi prehrani, primerni za paciente s KOPB.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
V ambulanti so me poučili o telesni aktivnosti, primerni za paciente s KOPB.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
V ambulanti sem največ informacij dobil od medicinske sestre.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
V ambulanti sem največ informacij dobil od zdravnika.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Z oskrbo v ambulanti sem zadovoljen.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

PREHRANJEVANJE

8. Koliko obrokov (npr. zajtrk, dopoldanska/popoldanska malica, kosilo, večerja) običajno pojedete na dan? Prosim, obkrožite ustrezno število oz. odgovor.

1	2	3	4	5	več kot 5
---	---	---	---	---	-----------

9. Kako pogosto na teden uživate zajtrk?

vsak dan	2–3 na dan	nikoli
----------	------------	--------

10. Kako pogosto na dan običajno uživate zelenjavo?

1	2	3	4	5	več kot 5
---	---	---	---	---	-----------

11. Kako pogosto na dan običajno uživate sadje?

1	2	3	4	5	več kot 5
---	---	---	---	---	-----------

12. Ali hrano pri mizi dodatno solite brez predhodnega poskušanja hrane?

Da	Ne	Včasih
----	----	--------

13. Katero maščobo najpogosteje uporabljate pri pripravi hrani?

navadno olje	oljčno olje	margarina	maslo
smetana	svinjska mast	druga olja (napišite)	

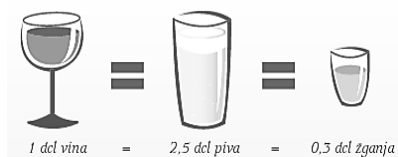
14. Kako pogosto na teden uživate pecivo in sladice?

vsak dan	2–3 na teden	nikoli
----------	--------------	--------

15. Kako pogosto na teden uživate aromatizirane gazirane in negazirane brezalkoholne pijače? (npr. ledeni čaj, fanta, sadni napitek itd.)

vsak dan	2–3 na teden	nikoli
----------	--------------	--------

16. Kako pogosto na teden uživate alkoholne pijače (npr. pivo, vino, žgane pijače itd.) in koliko enot alkohola popijete na teden? Primer: Če ste obkrožili, da pijete vsak dan, potem v spodnji prazni kvadrat vpišite število enot. Če popijete na primer vsak dan 1 dl vina, pomeni, da na teden popijete sedem enot. Prosim, da pogledate spodnjo sliko, kjer so mere za eno enoto.



vsak dan	2–3 krat na teden	ob posebnih priložnostih	nikoli
_____ enot	_____ enot	_____ enot	_____

TELESNA AKTIVNOST

17. Prosim, odgovorite tako, da pri vsakem stavku obkrožite številko, ki najbolj ustreza stopnji vaše telesne aktivnosti na teden – stolpec A ter v stolpcu B obkrožite ustrezne minute trajanja gibanja na dan.

	Stolpec A	Stolpec B	
	Število dni na teden	Trajanje gibanja na dan	
Rekreativno gibanje v prostem času			
Zelo intenzivno (aerobika, tek, smučanje, fitnes, hitro plavanje itd.)	1-2-3-4-5-6-7	Več kot 30 min	Manj kot 30 min
Zmerno intenzivno (ples, kegljanje, počasno plavanje itd.)	1-2-3-4-5-6-7	Več kot 30 min	Manj kot 30 min
Hoja (sprehajanje)	1-2-3-4-5-6-7	Več kot 30 min	Manj kot 30 min
Gibanje pri domačih/gospodinjskih opravilih			
Zelo intenzivno gibanje na vrtu ali dvorišču (sekanje drv, kopanje na vrtu itd.)	1-2-3-4-5-6-7	Več kot 30 min	Manj kot 30 min
Zmerno intenzivno gibanje na vrtu ali dvorišču (pometanje, grabljenje trave itd.)	1-2-3-4-5-6-7	Več kot 30 min	Manj kot 30 min
Zmerno intenzivno gibanje v stanovanju (sesanje, kuhanje itd.)	1-2-3-4-5-6-7	Več kot 30 min	Manj kot 30 min
Gibanje na delovnem mestu			
Zelo intenzivno gibanje (dvigovanje uteži, težka gradbena dela)	1-2-3-4-5-6-7	Več kot 30 min	Manj kot 30 min
Zmerno intenzivno gibanje (nošenje lahkih bremen)	1-2-3-4-5-6-7	Več kot 30 min	Manj kot 30 min
Hoja (med delovnim procesom)	1-2-3-4-5-6-7	Več kot 30 min	Manj kot 30 min
Gibanje na poti na delovno mesto in iz njega			
Pešačenje	1-2-3-4-5-6-7	Več kot 30 min	Manj kot 30 min
Kolesarjenje	1-2-3-4-5-6-7	Več kot 30 min	Manj kot 30 min
Rolanje	1-2-3-4-5-6-7	Več kot 30 min	Manj kot 30 min

PRILOGA 2: PROŠNJA ZA ANKETIRANJE

Zdravstveni dom Koper

Koper, 26. 2. 2016

Dellavallejeva ulica 3

6000 Koper

Elena Matijević

Cankarjeva ulica 21

6000 Koper

tel.: 031 323253

e-pošta: matijevic.elena@gmail.com

ZADEVA: PROŠNJA ZA ODOBRITEV IZVEDBE RAZISKAVE – ANKETE

Spoštovani,

spodaj podpisana Elena Matijević sem absolventka Fakultete za vede o zdravju, Univerze na Primorskem. V okviru študija pripravljam diplomsko nalogo z naslovom *Primerjava zdravstvene oskrbe pacienta s kronično obstruktivno pljučno boleznijo v splošni in referenčni ambulanti*.

V sklopu diplomske naloge bi želela opraviti raziskavo med pacienti s KOPB, ki obiskujejo vašo zdravstveno ustanovo. Na vas se obračam s prošnjo za pridobitev soglasja za izvedbo anketiranja v vaših referenčnih in splošnih ambulantah. Pri izvedbi raziskave in poročanju o njej bo zagotovljena anonimnost institucije ter sodelujočih v raziskavi. Pridobljeni podatki bodo uporabljeni v raziskovalne namene za pripravo diplomske naloge.

V upanju na ugodno rešitev prošnje se vam že vnaprej iskreno zahvaljujem.

S spoštovanjem,

Elena Matijević
